Commission on the Future of Health Care in Canada

Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada

DISCUSSION PAPER NO.39

The Ability to Manage Change in Health Care Organizations

by

François Champagne, Ph.D.

University of Montreal

November 2002

103-06723/

Catalogue No. CP32-79/39-2002E-IN

ISBN 0-662-33067-6

Although the views expressed in the papers are those of the authors, each paper was subjected to an independent peer-review process. The Commission would like to thank the Institute of Health Services and Policy Research (IHSPR), of the Canadian Institute of Health Research, for their oversight and administration of the peer-review process. The work of the authors, the reviewers and IHSPR will serve to make these papers an important contribution to the Commission's work and its legacy.

Contents

Highlights iv

Executive Summary vi

Acknowledgements x

Introduction 1

Organizations and Change 2

Implementing Reform in Canada's Health Organizations 5
- Decision Failures 6
- Implementation Failures 6
- Intervention Theory Failures 6
- Successful Changes 7

Organizational Determinants of Change 8
- Determinants of Implementation Failures 8
  - The Hierarchical, Rational Model 10
  - The Organizational Development Approach 11
  - The Psychological Model 12
  - The Structural Model 13
  - The Political Model 14
  - The Strategic Management Approach 15
  - Environmental Perspectives: Ecological and Institutional 16
  - Guru Approaches 17
  - Organizational Learning 17
  - The Theories of Complexity 18
- The Determinants of Decision Failures 19
- The Determinants of Intervention Theory Failures 20

The Issues Linked to Facilitating the Implementation of Change in Canada's Health Organizations 21

Notes 24

References 25

Highlights

- Recommendations to reform Canada's health systems made over the last fifteen years have rarely been given effect, although often commanding a broad consensus.

- One of the main problems affecting health systems in Canada, as in most other countries, is an inability to make the changes deemed necessary.

- This inability to introduce change is not specific to health organizations. Implementing change in organizations is generally a time-consuming and complex endeavour.

- Failure to change can be the outcome of a failure to decide (not deciding to make a change known to be productive), an implementation failure (not succeeding in implementing a change that had been decided on) or a failure of intervention theory (not producing the desired outcomes despite an appropriate implementation).

- The literature abounds in explanations of failures to implement change in organizations. The general impression that emerges from the scholarly literature is that change is a complex and unpredictable phenomenon that necessarily encompasses a broad range of agents or pilots of change whose roles and involvements can vary over time. In complex organizations, functioning as a complex adaptive system and collective learning through action and experimentation seem to sharply increase the organizational inclination to go through with change. Also, it may well be that implementation is affected by a string of factors connected with the preparation and programming of change, the weighing of its social, cognitive and emotional dimensions and the organizational structure, and political dynamics.

- To enhance the ability to manage change in Canada's health systems and organizations, the immediate need is to:

  - Encourage decision makers and managers in health organizations to develop a culture centred on experimentation, change, risk and accountability;
  - Encourage independent thinking and initiative among the system's managers;
  - Pay special attention to incentive mechanisms in our public health care organizations. These incentives should allow decision makers and managers to concentrate on medium- and long-term system and organizational performance;
  - Encourage and prioritize the establishment of a climate of trust in our health organizations with a healthy involvement of their workers and professionals;
  - Encourage collective and individual learning;
  - Promote the adoption of flexible, highly integrated and complex structures;

- Encourage a rethinking of the managerial role in change management: from comptroller to facilitator, and from central actor to participant in a collective process;
- Promote the use of scientific knowledge in decision making at all levels of management in the health system and organizations.

Executive Summary

One of the major issues now facing health systems is the implementation of reforms. Countless commissions of inquiry and reports have come and gone over the past 15 years, their recommendations having fallen on deaf ears. This inability to give effect to change can be explained on several levels. Our study will focus on organizational dynamics.

Change management is one of the most, if not the most, important themes in writings on management in both the popular and scientific literature. Although they contain numerous and varied calls to actions, these writings all agree on the difficulty of giving effect to change in organizations. Apparently, at least half of our attempted changes are not properly implemented, and of those that are, most fail to reap the expected benefits. Changing organizations seems to be intrinsically and inexorably time-consuming and complicated. Things never seem to happen as expected. The reality of change in organizations seems to belie both the academic models and the passing facts and fashions that sweep through management.

We might intuitively expect health organizations to have even more difficulty with change, but the literature is somewhat equivocal in this regard. As public bodies, health organizations have decision-making processes that are more laborious, convoluted, turbulent and conflictual. Their nature as professional organizations further hardens these aspects of the decision-making process. Although logically this might point to more failure, it is apparently not so if the decision-making processes used are customized and suited to their settings.

Change is successful when the expected outcomes are produced without significant side-effects; decisions fail when the perceived need for change does not give rise to a decision to make it happen; implementation fails when the decision to act does not lead to a satisfactory enactment of change; intervention theory fails when effective implementation does not produce the expected outcomes. Obviously, the experience of Canada's health systems and organizations varies widely when it comes to enacting change. Primary care reform and vertical integration of care centered around primary care are clearly major decision failures in the Canadian health system. Regionalization in most provinces and the establishment of CLSCs in Quebec may be seen as implementation failures. The wave of hospital mergers in recent years and the 1996 introduction of co-payments for drug insurance claimants in Quebec are telling examples of failures in intervention theory.

The various writings and studies on change can be boiled down to about ten perspectives. All of them are currently present though they originated and predominated in the scientific literature at different times. They are not necessarily as popular with scholars as they are with the media and practitioners.

In the hierarchical model, change will be effective if it was well planned and the planned process was followed.

In the organizational development approach, change will succeed if managers can promote the values of participation and consensus, for example by enhancing organizational quality of life.

The psychological approach stresses individual reactions to change. Change will be implemented if people's natural resistance can be overcome.

From the structural standpoint, organizations that are successful in introducing change stand out for their structures and their ability to adjust these structures to the requirements of change.

The political approach views the adoption and implementation of change as organizational power games that result in adjustment to internal and external pressures. The problems with implementing change arise from the pursuit of special interests by influential stakeholders.

According to the strategic management approach, the implementation of change will be a success if top strategists can work a radical transformation in organizational culture, strategy and structure after periods of crisis and tumult.

From the environmental perspective, the main sources of change and the crucial factors for successful implementation lie in the environment surrounding the organization. We combine here two quite distinct models: ecological and institutional. In both cases executives are limited in their ability to implement their strategy. According to the ecology theory, the limitation is organizational inertia. Because of this inertia, the main mechanism of change will not be organizational transformation, but its replacement. According to institutional theory, these executives are limited by their institutional environment. Change is dictated its institutional standards.

According to the organizational learning model, change will be successful if it is accompanied by a collective learning process based on experimentation, trial and error.

Complexity theory holds that change will be facilitated by encouraging complexity in the internal organization and by promoting communication and participation to stimulate self-organization, learning and adjustment to environmental diversity.

According to management gurus, change is natural, inevitable and urgent and can be brought about by competent, effective leadership. Their formulas for competent change management are actually various blends of a number of change models. Overall, leaders have to be entrepreneurial, visionary, strategists, daring and ever prepared for crisis and opportunity (strategic management model). They have to be forward-looking, and they must program and plan change with care and attention (rational model). They have to be charismatic, astute psychologists who can overcome the resistance of their troops (psychological model). They have to be human, participatory and empowering (organizational development model). They have to prefer flexible structures that can easily accommodate contingencies (structural contingency approach). Lastly, they have to be skilled negotiators who can build winning coalitions (political model).

Perspectives on the determinants of failure of change are thus many and varied. Yet we have very little scientific evidence of their relative effectiveness. The rational and strategic management models have high face validity, but we do not really know how effective they actually are. The organizational development and individual learning (psychological) models have been more extensively researched and seem to rest on solid foundations. Yet evaluations report highly variable success rates, suggesting that the explanatory and prescriptive power of these models is limited. The structural, political, ecological and institutional models seem to

provide some strong explanations for failed implementation, but the lessons to be drawn in terms of action and change management are not so strong. Lastly, the organizational learning and complexity models seem promising and well theoretically grounded, but only in the rarest cases have they been used to guide the implementation of organizational change.

The general impression that emerges from the scientific literature is that change is a complex and unpredictable phenomenon that has to encompass a broad range of agents and pilots of change whose roles and involvements can vary over time. In complex organizations, functioning as a complex adaptive system and collective learning through action and experimentation seem to sharply increase the organizational inclination to go through with the change. Also, it may well be that implementation is affected by a string of factors linked to the preparation and programming of change, the weighing of its social, cognitive and emotional dimensions and the organizational structure and political dynamics.

In this report, we propose a comprehensive model of the factors that, based on our synthesis of the various literature streams, seem to be important determinants of the implementation of change in organizations. This modelling enables us to suggest that, in order to enhance the ability to manage change in Canada's health systems and organizations, the following goals should be pursued over the short term:

a) In order to reduce the incidence of decision failures:

1. Encourage decision makers and managers of the health system and organizations to develop a culture based on experimentation, change, risk and accountability. This involves a major change in the definition of accountability: an accountable decision maker is one who views mistakes as learning opportunities and not punishable offences).
2. Encourage independent thinking and initiative in the system's managers (this requires managers to acquire new cognitive abilities that enable them to appreciate complexity and approach their decisions with introspection).
3. Pay special attention to incentive mechanisms; incentives should allow decision makers and managers to concentrate on medium- and long-term system and organizational performance.

b) In order to reduce the incidence of implementation failure:

4. Encourage and prioritize the establishment of a climate of trust in our health organizations with a healthy involvement of their workers and professionals (so that there can be places where experimentation is permissible and legitimate).
5. Encourage collective and individual learning.
6. Promote the adoption of flexible, highly integrated and complex structures.
7. Encourage a rethinking of the managerial role in change management: from comptroller to facilitator, and from central actor to participant in a collective process.

c) In order to reduce the incidence of intervention theory failures:

8. Promote the use of scientific knowledge in decision making at all levels of management in the health system and organizations (paying special attention to interdisciplinary knowledge).

Acknowledgements

I wish to thank my colleagues André-Pierre Contandriopoulos and Jean-Louis Denis for their highly useful ideas, comments and suggestions.

Introduction

Clearly, one of the major issues now facing health systems is to implement reforms that are almost unanimously seen as needed. In Canada, countless commissions of inquiry and reports have come and gone over the past 15 years, their recommendations having fallen on deaf ears. This inability to give effect to change can be explained on several levels: on the socio-political level in health system, and on the organizational and individual levels. Socio-politically, the health system is subject to difficult choices that must be made to reconcile its need for attention and available resources with that of the other major social and public systems, i.e. the economy and employment, education, the environment, social affairs and justice. Pressures and the resulting compromises are often destructive of reforms. The health system itself seems like a rudderless ship, and the picture drawn in 1988 by Quebec's Rochon Commission still rings true:

> It is as if the system had become the prisoner of the countless interest groups moving through it: producer groups, institutional groups, community and union pressure groups, etc.; as if only the law of the strongest were functioning and the democratic arbitration systems were no longer enough; as if the person needing help, the public needing service, the needs to be met and problems to be solved, in short, the common good, had been forgotten in favour of the interests of these various groups (p. 407, Report of the Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux, 1988). [Translation]

This destructive struggle is certainly not conducive to the collective mobilization required for implementing major reforms. In terms of individuals, the conditions of practice and employment have deteriorated considerably in recent years, so much so that the discouragement and loss of commitment of managers, professionals and other employees is now, paradoxically, one more obstacle in the way of reform. Finally, successful implementation of change also depends on all sorts of things linked to the characteristics, operation and management of the organizations making up the health system. Although the socio-political, systemic, organizational and individual factors are intrinsically interconnected and work together to facilitate or hinder change, this study will focus on organizational dynamics. We will begin by discussing the difficulty of change in organizations generally. We will also briefly touch on some recent attempts to implement reforms in Canada's health organizations. We will go on to a summary review of knowledge about the organizational determinants of change, innovation and implementation. We will then conclude by discussing what we see as the major issues in terms of facilitating, in years to come, the implementation of change to enhance the quality, effectiveness and efficiency, and ensure the survival of the public system of health care.

Organizations and Change

Change management is one of the most, if not the most, important themes in writings on management in both the popular and scientific literature. This concern to bring about change does not seem to be waning – quite the reverse. Nearly 2,000 books on management are published annually (the number goes up each year), many of them dealing with change. As for learned journals, a search of the *Current Contents* database revealed nearly 1,300 articles on implementing change in organizations published in indexed journals since 1994, including over 600 since 1999.

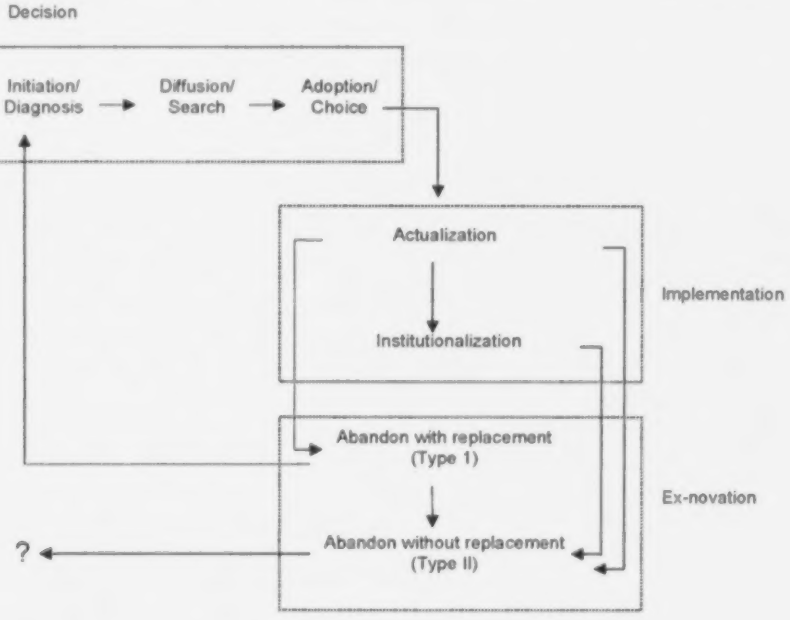
Although it contains many and various calls to action, this literature is unanimous about the difficulty of introducing change to organizations. The idea of change is obviously very inclusive and covers a whole range of more or less complex activities of unquestionable diversity in terms of ease of implementation, soundness and potential effectiveness that prevent us from making a formal synthetic judgment. Yet the general impression that emerges from the literature is that at least half of attempted changes are not properly implemented and, of those that are, most fail to reap the expected benefits. To quote just two of the most recognized experts on organizational change, John P. Kotter of the Harvard Business School writes that "a few... corporate change efforts have been very successful. A few have been utter failures. Most fall somewhere in between, with a distinct tilt toward the lower end of the scale" (1995: 59). According to Paul Strebel, "Change management isn't working as it should. In a telling statistic, leading practitioners of radical corporate reengineering report that success rates in Fortune's 1000 companies are well below 50%, some say they are as low as 20%" (1996: 86). A number of writers cite failure rates of over 50% (Cascio 1995) and even 75% and more (Bashein, Markus and Riley 1994; Wellins and Murphy 1995; Jacob and Ducharme 1995).

Changing organizations seems to be intrinsically and inexorably time-consuming and complicated. Things never seem to happen as expected. The reality of change in organizations seems to belie both the academic models and the passing fads and fashions that sweep through management (Nadler and Nadler 1998).

The process of effecting change in organizations can be broken down into several stages. The number of stages and the terminology used by different writers may vary, but the model shown in Figure 1 seems to combine the various models proposed in the literature. There are three major phases: the process of decision to change, which includes the stages of initiation or analysis, dissemination or search for solutions and the adoption or choice of a solution; the implementation of the decision in the short (actualization) and long terms (institutionalization); and, potentially, abandonment with or without replacement. A planned change can fail at any time in the first two major phases. It may therefore be useful to make the distinction between decision failures and implementation failures.

Decisions fail when diagnosis does not result in a decision to make a change or adopt a practice that would arise from the change. We know what we have to do, but do not make the decision to do it (we do not take the decision-making process as far as making a choice). For example, in a recent study on the implementation of quality management programs, Zbaracki (1998) looked at five organizations where senior officials were ardent proponents of total quality

Figure 1
Change Process in Organizations



and believed that using these methods would enhance the quality of products and services. Despite these fine words, four of these organizations were not using any quality management process and the fifth made very little use of that approach. Pfeffer and Sutton (1999) offer further examples of decision failures. According to them, U.S. firms spend US$43 billion a year on consulting fees and rarely put their consultants' recommendations into practice. These writers cite the example of a bank that hired four different consulting firms over a six-year period and received the same recommendations each time without ever implementing them; and the example of a consultant who found, after working for several months on a contract, that the company already had a highly detailed, first-rate report on the same problem: "The problem was not analysis, it was implementation... the core [of our report] was almost a copy of the old document. The client already had the basic information we were giving them" (Pfeffer and Sutton 1999: 84). These writers call this failure of decision the "knowing-doing gap" and identify it as an extremely common problem in organizations with a significant impact on their performance. Similarly, Cohen (1998: 30) refers to the "performance paradox": "Managers know what to do to improve performance, but actually ignore or act in contradiction to either their strongest instincts or to the data available to them."

The failure of change can also occur during the implementation stage. In this event, the decision is made but the change is either unimplemented or botched. Nutt (1999), based on research conducted over the past 15 years on a huge sample of organizations, concludes that half of decisions fail in the sense that they are not given effect.

It thus seems that change is a major management issue and the difficulty of implementing change is a widespread problem. There is an abundance of literature, both general and scholarly, on this problem; the solutions, however, as we will see in the next section, are still hazy.

How do we compare health organizations in terms of their ability to implement change? We might intuitively expect these organizations to have even more difficulty with change, but the literature is somewhat equivocal in this regard. As public bodies, health organizations have decision-making processes that are more laborious and convoluted (Rodrigues and Hickson 1995), turbulent and conflictual (Schwenk 1990). Their nature as professional organizations further hardens these aspects of the decision-making process. Although, logically, this might point to more decision failure, it is apparently not so if the decision-making processes used are customized and suited to their settings (Nutt 2000; Rodrigues and Hickson 1995). Similarly, although the 1970s literature seems to suggest that failure to implement change is more widespread in public organizations (Appleby 1978; Eddy and Saunders 1972; Giblin 1976), the more recent literature seems to indicate much more similarity in terms of successful implementation (Golembiewski, Proehl and Sink 1981; Park 1991; Robertson and Seneviratne 1995).

However, the fact remains that health organizations tend more frequently to exhibit characteristics that are non-conducive to change than their private-sector counterparts. We will tackle below the issue of structural change determinants.

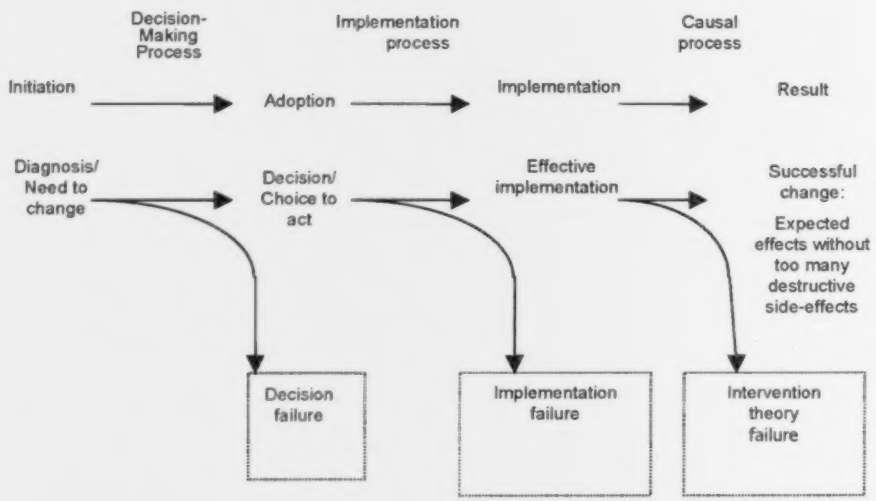
Implementing Reform in Canada's Health Organizations

The experience of Canada's health systems and organizations with change implementation is obviously very diverse. The past 15 years have seen some miserable failures as well as some significant successes.

In Figure 2, using the work of Carol Weiss (1972), we have rounded out the above description of the change process by adding to failed decisions and failed implementations a third possible kind of failure, the failure of intervention theory or planning. Here, change can succeed when the expected effects occur without significant destructive side-effects; decisions fail when the perceived need for change does not give rise to a determination to make it happen; implementation fails when the decision to act does not lead to a satisfactory enactment of change; theory fails when effective implementation does not produce the expected outcomes.

It would be interesting indeed to review efforts to reform Canada's health systems over the past 15 years with a view to identifying the successes and various types of failures. But this exhaustive survey greatly exceeds the purview of our study. We will limit ourselves to a preliminary and incomplete presentation of a few examples.

Figure 2
Possible Paths of Change



Decision Failures

Primary care reform and the vertical integration of care around primary care are clearly among the major failed decisions in the Canadian health system. We have realized for at least 30 years how important it is to build the system around primary care. In Quebec, the Castonguay Report (1971) made this the cornerstone of the system's organization. The Hastings Report (1972) was persuasive in the same vein. This idea has been picked up by every commission of inquiry since. In Quebec, the 2001 Clair Report again made this idea its first recommendation. Although there was a consensus (of course), nothing has been decided yet save for a small-scale experiment that was to start in the summer of 2001; more than a year has passed, but the experiment is not even close to beginning.

The need to abandon fee-for-service payments for doctors is also a matter of consensus among scholars. All of the studies have shown the harmful effects of this method of payment and the advantages of other methods such as capitation, case payment or adjusted salary. Although experiments with alternative payment systems have been tried in very specific settings, no government has yet dared to address this major source of inefficiency in the system.

Implementation Failures

The implementation of regionalization varies from province to province, but it has generally failed to meet expectations. This is clearly the case in Ontario, but also in Quebec where it has assumed the distorted form of a deconcentration of the provincial technocratic machine that is far from the original democratic ideal. In a similar and interrelated way, user participation in the system's management and direction has never really been given effect either.

Despite the official rhetoric, Quebec CLSCs have never been provided with the resources they need to perform the roles and functions theoretically allotted to them. Nor have midwives and nurse clinicians been given the support and resources they need to provide their services on a wider scale.

Intervention Theory Failures

The wave of hospital mergers in recent years provides some telling examples of failures in intervention theory. Although in some specific cases mergers can have advantages (Brousselle, Denis and Langley 1999), many were probably unjustified and have meant major and predictable dysfunctions without appreciable reductions in costs or increases in efficiency (McKee and Healy 2002). This situation is by no means unique to the health community. The same trend has dominated the business world with similar, often disastrous, results (*The Economist* 1997b).

The 1996 introduction of a co-payment for Quebec drug insurance claimants also ran counter to the scientific evidence. As could have been foreseen, this change has produced a significant increase in emergency visits and an array of adverse health outcomes (hospitalization in acute care, admissions for extended care, deaths) (Tamblyn et al. 2001).

Successful Changes

The federal government's introduction of hospitalization insurance following the Hall Report (1964) can certainly be viewed as a success.

Over the past ten years, the major downsizing initiative in terms of human and physical resources in Canadian provincial health systems has certainly succeeded in the sense that we can see an impressive reduction in the number of hospitals and especially in the number of beds. Overall, one third of all beds (32.2%), all categories taken together, were closed between 1987-2001 in Canada. Without commenting on the impact of these changes on the production and use of services and the health of the public, we can say that this major transformation of the system has been successful.

Organizational Determinants of Change

What do we know about the determinants of successful change in organizations? In terms of the possible change processes discussed above (Figure 2), what were the contributing factors to successful/failed decisions and implementations and failed theory? Management research and literature have mainly focused on the implementation process. Our discussion will therefore begin with the determinants of success or failure at that stage. The determinants of the other two types of failure will be dealt with later on.

Determinants of Implementation Failures

Change is a big, vague notion that evolves over time to reflect various current approaches, models and theories. The concept of change may also be viewed as a generic concept associated with more specific ideas like innovation, transformation and reform that we may or may not want to identify separately in various circumstances. When it comes to implementation, we feel these are actually variations on a theme to be considered without separating them out.

Generally speaking, the notion of change conjures up the idea of a modification, limited in time and space, of one or more organizational parameters. We are thus talking about a transformation process that punctuates the natural evolution of organizations (Guilhon 1998). The conceptualization of the parameters that an organization can change also varies with the author. Guilhon (1998) speaks of transforming structures and competencies. Miller, Breenwood and Hinings (1999) view change as a redirection of strategy, structure or culture. Similarly, Mintzberg, Ahlstrand and Lampel (1999) suggest that change may focus on strategy, i.e. vision, position, programs and products, and the organization itself, i.e. its culture, structure, systems and staff. In the literature on innovation, we can also see change as the introduction of an idea or behaviour that is new to an organization (Hage 1980, 1999; Hage and Aiken 1970; Zaltman, Duncan and Holbek 1973; Zammato and O'Connor 1992; Damanpour 1988, 1991). This can be a product, service, technology, program, policy or process.

Most authors will recognize a major distinction between changes that produce significant, basic transformations and more minor, fringe changes. Hage (1999), Damanpour (1991) and a number of others differentiate between radical and incremental change; Grossman (1970) speaks of ultimate *vs* instrumental; Normann (1971) of reorientation *vs* variation; and Nord and Tucker (1987) of radical *vs* routine. Yet other writers (Miller and Friesen 1984; Tushman and Romanelli 1985; Greenwood and Hinings 1996) look instead at two dimensions, distinguishing change by significance and pace. They differentiate radical changes, involving major transformations from big reorientations, and convergent changes, that are actually adjustments, sticking close to the status quo with no genuine transformation. They also distinguish evolutional (gradual, bit by bit or incremental) change from revolutionary, abrupt, sudden change. According to Mintzberg, Ahlstrand and Lampel (1998, 1999), we could also differentiate between various types of change in terms of the presence of intent, thus between deliberate changes and emergent, unplanned changes, and in terms of the formalization of the change process (formal *vs* informal). All of these distinctions can be seen in Figure 3. The distinction by pace is undoubtedly the most controversial, with some authors holding that only revolutionary approaches can produce

Figure 3
Types of Change

Differentiation Criteria	Types of change		
Significance	Radical (ultimate, reorientation, transformation)	vs	Convergent (instrumental, variation, routine)
Pace	Evolutionary (incremental)	vs	Revolutionary
Intentionality	Deliberate	vs	Emergent
Formalization of process	Formal	vs	Informal

genuine change (Miller and Friesen 1984; Gersick 1991), others insisting on the need to proceed step by step or incrementally (Hafsi 1995), and still others advocating, by analogy with human evolution, a process of interrupted harmony (Eldredge and Gould 1972) that reflects a need to combine periods of abrupt, radical change with long periods of gradual change (Abrahamson 2000; Hamel 2001).

We think that these distinctions, though very useful conceptually to reflect on the processes and choices of implementation processes, actually have limited implications when it comes to the determinants of successful/failed implementation and their effects. Indeed, organizations are complex active systems which, according to the general theory of systems, have properties of equi- and multi-finality (Katz and Kahn 1966; Maruyama 1968). Therefore, changes in these complex systems are themselves equi- and multi-final (Ramaprasad 1982; Nord and Tucker 1987). Equifinality means that a number of paths can lead to a desired outcome. In other words, we can obtain the same result through various changes. Multifinality means that a single process or change can lead to different outcomes. Seeing change processes as equifinal and multifinal involves accepting that major outcomes (in terms of transformation, reorientation and reform) can result from relatively minor changes, whereas radical, revolutionary changes can occur without significant outcomes.

The issue of change seems to be a divergent problem in so far as, despite the abundance of relevant literature, we are still far from a consensus on the factors of success or failure, and the more we delve into the matter, the more complex it appears. In recent years, a number of reputable journals have devoted complete issues to change (*Revue Française de Gestion*, Sept.-Oct. 1998; *Gestion*, Fall 1999; *Academy of Management Review* 2000) and several syntheses of this literature have been published (Denis and Champagne 1990; Wolfe 1994; Damanpour 1989, 1991; Hage 1999; Demers 1999). All of these syntheses agree on the fact that the research results are varied and often inconsistent. In our view, the various writings and studies on change can be sorted into about ten perspectives (Figure 4),[1] all of which currently co-exist. As Demers has shown (1999), however, they originated and predominated in the scientific literature at different times. As we shall see, they are not necessarily as popular with the media as they are with practitioners or scholars (Miller, Greenwood and Hinings 1999).

Figure 4
Perspectives on Organizational Change

1. The hierarchical, rational model
2. The organizational development approach
3. The psychological model
4. The structural model
5. The political model
6. The strategic management approach
7. Environmental perspectives; ecological and institutional approaches
8. Guru approaches
9. The learning model
10. Theories of complexity

The Hierarchical, Rational Model

In the hierarchical model, change will be effective if it was well planned and the planned process was followed.[2] This model is based on a mechanistic view of the organization as popularized by classic management theories (Morgan 1986). The emphasis in this concept of the organization is placed on controlling individuals in work situations. The organizational hierarchy and associated controls are used to make individual behaviour highly predictable.

This hierarchical (Majone and Wildavsky 1978) or rational planning perspective (Scheirer 1981) represents the traditional concept of planned change in organizations. Its supporters place the emphasis on rational and technocratic change planning (Kunkel 1975). According to this model, the implementation of change depends mainly on the earlier stages of the planning process, i.e. the identification of the problem and options, and the choice of the best solution. The chain of command model also cannot work without controlling the individuals who actually implement the change (Harrison 1985; Kirkpatrick 1986). The edict strategy identified by Nutt (1986), the authoritarian model proposed by Herman-Taylor (1985) and Harrison's unitary model (1985) are representative of this approach.

On the whole, the hierarchical model identifies a series of stages which, if followed properly, should ensure the success of a change. This approach assigns a key role to managers in positions of authority, who must decide on changes and then exercise hierarchical control and play a supervisory role throughout the process. The hierarchical, rational model also assumes that changes are unifinal rather than multifinal, as mentioned above (i.e., they always lead to the same outcome if similarly applied) and that the environment is predictable (Collins 1998). Introducing change through "project management" is a popular form of this rational approach.

The rational, hierarchical model corresponds to a normative approach to change in organizations. Indeed, it is presented as an ideal to aim for (Harrison 1985) without, to our knowledge, any major empirical work conducted to verify its ability to account for success or failure in introducing change into an organization.

Despite the lack of research on its effectiveness and its reliance on assumptions that seem almost naïve and simplistic, the hierarchical and rational model seems to have fairly strong pragmatic validity (based on common sense) and remains popular with practitioners and consultants. In a recent series of articles on mergers, *The Economist* linked the success of these moves largely to the breadth and systematization of the procedures used for planning and programming them.[3] Similarly, a recent article in the *Academy of Management Executive* (Marks and Mirvis 2001) underscores the importance of "psychological and strategic preparation" for successful mergers.

The Organizational Development Approach

In this approach, change will succeed if managers can promote the values of participation and consensus, for example by enhancing organizational quality of life (Demers 1999).

The terms "organizational development" refer to an applied management approach favoured by consultants in the field of administration (Beckhard 1969; French, Bell and Zawacki 1978; Lippitt 1982). Generally speaking, organizational development suggests that a participatory management style, decentralized decision making, job enrichment programs and communications systems will guarantee the successful implementation of change in organizations (Berman 1980; Fullan 1972; Geis 1985; Goodman and Kurke 1982; Herman-Taylor 1985). In short, this approach proposes mechanisms to offset the control practiced in organizations. "Organizational development is a normative 'bottom up' counter to the rationalist 'top down' strategy" (Scheirer 1981: 27).

The organizational development perspective is broadly based on an organizational concept consistent with the one proposed by the Human Relations School (Séguin and Chanlat 1983). It was devised in the 1960s and '70s but remains very popular with practitioners, consultants and gurus in the organizational community (see below) although, as with the preceding approach, there is very little research on its implementation or effectiveness. It puts emphasis on various aspects of individual behaviour in the workplace. It looks at the informal organization of groups and the phenomena of workplace motivation and solidarity as linked to productivity levels in the organization. Overall, organizational development relies on meeting the needs of individuals and groups at work to promote optimal organizational functioning. In action, however, this approach focuses on the group. Essentially, it attempts to use analysis of intra- and inter-group dynamics for managing informal organizations to heighten acceptance of change.

In this approach, the manager plays three roles in the change process. He must (1) effectively convey and explain the change to the members of the organization; (2) act on the dynamics of reactions to the change plan by encouraging people to express their perceptions and identifying the responsibilities of individuals or groups concerned and the co-operative systems to be created; (3) adjust tasking, reward and performance appraisal systems and structures. The objective here is to minimize negative reactions to change and any ambiguities and confusion that may typify the process. The manager must therefore organize activities that lead to a review and transformation of the dynamics that appear unbidden with the arrival of change. This process should culminate in an adjustment of group operating standards to welcome change.

In this model, obstacles to change can come from a number of sources: poor or inadequate messages, a persistent negative perception of change, confusion about the roles and responsibilities of individuals and groups in the process, the absence of co-operative systems and an imbalance between the work, with its systems of appraisals and rewards, and the characteristics of the change.

The manager's effective promotion of change largely depends on his ability to grasp the reactions of people in the organization and move quickly to avoid a consolidation of operating standards opposing the change.

Finally, let's recall that the success of this approach depends on the organization's ability to forge a consensus around the objectives of change (Elmore 1978). The development of systems that promote positive and harmonious relations among the members of an organization should make it possible to overcome tensions that may threaten intra-organizational unity. A number of scholars have tried to synthesize the results of studies on the effectiveness of organizational development projects. Their estimates of the success rates of these activities vary from 38% (Porras and Robertson 1992) to 50% (Porras and Berg 1978) and to over 80% (Golembiewski, Proehl and Sink 1982; Katzell and Guzzo 1983).

The Psychological Model

This approach stresses individual reactions to change. *Change will be implemented if people's natural resistance can be overcome.*

Since the famous article by Coch and French (1947), numerous studies and articles have featured negative or defensive individual reactions to change. This psychological perspective on change in organizations is consistent with the literature on changing attitudes and the relationships of attitudes to behaviours (Fishbein and Ajzen, 1975). This model assumes a sequential relation among beliefs, attitudes, intentions and behaviours. Accordingly, it is assumed that beliefs and attitudes will affect people's inclination to accept planned change.

But what are the factors conditioning individual beliefs, attitudes and therefore resistance? The theories are many and varied (Bareil and Savoie 1999): some emphasize psychoanalytic considerations involving defence mechanisms (Kets de Vries and Miller 1985), others fear of losing something that works (Kotter and Schlesinger 1979; Scott and Jaffe 1992), and still others, personality (Collerette, Delisle and Perron 1997).

The studies of factors explaining individual resistance have not produced models for predicting the conditions in which resistance will appear or what implementation processes would help us to overcome it. Another set of studies looked instead at the development of process or transitional models (Bridges 1991) in an attempt to understand and possibly modify the paths taken by individuals to accept and thus implement change.[4] The best-known model here is unquestionably that of Lewin (1952), adopted and developed by Schein (1969, 1980). This model assumes a three-phase cognitive process: unfreezing, displacement and refreezing. Other models suggest social and emotional processes with varying numbers of stages that include denial, sadness, guilt, anger, confusion, commitment, etc. (Scott and Jaffe 1992; Perlman

and Takacs 1990). Bareil and Savoie (1999) propose a model that attempts to combine the cognitive and social/emotional approaches in four phases: shock, resistance, exploration and involvement. Finally, the model developed by Hall, George and Rutterford (1986) is based on the phases of concern theory and sees the change process as a series or chronology of concerns (or questions) through which individuals move: managers can attempt to provide answers by supporting individuals in their progress through these phases of concern.

Argyris (1982, 1984, 1985a, 1985b, 1987) and Argyris, Putnam and McLain-Smith (1985) made a significant contribution to expanding the underlying theoretical basis of the psychological approach. The action theory developed by Argyris proposes a framework for identifying the assumptions governing individual or group behaviour in the organization and producing strategies to modify these behaviours.

In Argyris' model, the process of generating change in an organization is analogous to a learning process. The managerial role is reduced to that of a learning facilitator. More specifically, the psychological model places the motivation for change in complex organizational situations typified by ambiguity. This initial situation is interpreted by individuals to reflect their current theories, i.e. a set of responses learned and applied automatically in novel situations without questioning their validity. The managerial role then consists in facilitating the development of a learning framework. To this end, mistakes by individuals in the organization must be used to identify learning opportunities instead of being punished. The organization must also allow the individual enough autonomy to enter into a learning process.

Developing a learning context requires the use of strategies to increase individual responsibility, initiative and inclination to discuss the difficulties raised by the new situation with other members of the organization. Essentially, this involves disclosing the dilemma that the individual is facing. This stage makes it possible afterwards to act as a group and define paths of experimentation and research to solve the problem situation.

As we shall see later, the learning-based models have, for ten years, been extended at the organizational instead of the individual (or psychological) level and today are among the dominant models of change in the research community.

The Structural Model

The structural approach has been featured in a number of studies on change over the past thirty years. *From the structural standpoint, organizations that are successful at introducing change stand out for their structures and their ability to adjust these structures to the requirements of change.*

More specifically, the successful implementation of change seems to be influenced by a series of characteristics involving (1) organizational attributes like size, centralization, formalization, level of expertise, etc. (Bennis 1966; Burns and Stalker 1961; Hage 1985; Hage and Aiken 1970; Harvey and Mills 1970; Moos 1983; Pierce and Delbecq 1977; Thompson 1965; Zaltman, Duncan and Holbeck 1973); (2) the organizational context, i.e. environmental uncertainty, competitiveness, organizational affluence, degree of urbanization, etc. (Harvey and

Mills 1970; Pierce and Delbecq 1977; Shortell 1983); (3) managerial attributes like "locus of control," attention to innovation, and cosmopolitan or local focus (Shortell 1983; Miller 1983; Pierce and Delbecq 1977; Thompson 1965).

This structural perspective on change originated in the seminal research of Burns and Stalker (1961), who popularized the idea that organic organizations (informal, decentralized, flexible, participatory) found it easier to adjust and appropriate innovations and change. This idea has flourished since then and been taken up and applied in all sorts of ways, for example in the now classic *In Search of Excellence* by Peters and Waterman (1982). More generally, the importance of the structural determinants of change has been repeatedly underscored (Damanpour 1987, 1991; Kim 1980; Kimberley and Evanisko 1981; Scheirer 1981; Hage 1999).

Moreover, according to the contingency theory (Lawrence and Lorsch 1967), the structural approach also sees an organization's capacity to change in the adaptability of its design, i.e. in a mix of decisions affecting specialization, formalization, the sizes of units and sub-systems, the consolidation principle (functional and market), centralization, inter-unit liaison systems and the intensity of planning and control (Mintzberg 1979; Jelinek 1986). These decisions are made in relation to a set of environmental and technological factors (Jelinek 1986; Jelinek, Litterer and Miles, 1986). In general, the design should reflect a fit with the various limiting factors weighing on the organization. The major issue raised by this perspective is the identification of an appropriate and effective structure that retains enough flexibility to react to changes as they occur in the environment.

The transformation of the organizational design means, in short, that change is incorporated structurally. In this model, the organization that reacts positively to change itself changes to eliminate outside pressures. In a sense, the change is made routine (Yin 1981), i.e. it will have major repercussions on the organization's operations and the way it performs its tasks and duties.

From the structural perspective, the manager's role becomes that of a reorganizer. He conducts reorganizations in response to new constraints and opportunities arising from major changes in some situational factors. Therefore, he has to pay special attention to the transformations occurring in these factors. Although it is quite clear that the structural variables are associated with the ability to implement change, the successful manipulation of the organizational structure specifically to facilitate this change, for example as proposed by reengineering, seems to have success rates varying from 30% (Hall, Rosenthal and Wade 1993) to 70% (Jarrar and Aspinwall 1999).

The Political Model

The political model generally emerged from a dialectical critical perspective (Benson 1983), of a natural and open nature (Scott 1981), on organizational analysis. *This approach views the adoption and implementation of change as organizational power games that result in adjustment to internal and external pressures* (Harrison 1985). The emphasis is placed on reviewing the strategies and interactions of various players (Barley 1986; Crozier 1963; Crozier and Friedberg 1967; Allison 1971; Braybrooke and Lindblom 1963; March 1962, 1981; Pfeffer 1981; Scheirer 1981; Hage 1999; Friedberg 1993; Champagne et al. 1991; Courpasson 1998; Carnall 1986;

Deber and Leatt 1986; Dyer and Page 1988; Elmore 1978; Gray and Aris 1985; Hasenfeld 1980; Majone and Wildavsky 1978; Moos 1983; Pettigrew 1975, 1977, 1985; Robey 1984; Wilson 1966). The change process is marked by continual negotiations among the interests of the various stakeholders (Harrison 1985). According to the political approach, the problems involved in implementing change therefore do not arise from an ineffective planning or control process, but from the pursuit of personal interests by influential actors.

In the political model, stakeholders inside and outside the organization have strategies that may be more or less consistent with the features of the proposed change. The degree of consistency between the purposes of the change and the strategic plans of a group or individual will determine the support they give to the change. However, these stakeholders control the main power bases within the organization that will exert the most influence on the change process. The interactive dynamics of stakeholders' strategies and their respective power bases in this process will determine the extent to which the change is implemented. In the political approach, successful change largely depends on the support afforded by individuals or groups with major control in the organization, including control over resources, according to the resources dependency theory (Pfeffer and Salancik 1974, 1978).

The manager's role in a political change process is mainly one of developer and negotiator. After reviewing the stakeholders' strategies and identifying the most influential groups, he will try to win the support of members inside or outside the organization who will have the greatest influence on the change process. These groups have to be mobilized in support of the change. To this end, and depending upon their resistance, he has to negotiate, i.e. demonstrate the advantages these influential stakeholders will derive from the introduction of the change.

Certain factors may help to secure support for the proposed change. The manager can show his support for change specifically by choosing to invest major resources into it and having the groups supporting the project benefit from this influx of resources. He can also, despite the change, stress elements of stability within the organization, thus minimizing the risk of a build-up of strong resistance to innovation.

From a political perspective, the manager must take initiatives to guide the political forces towards supporting change. This dynamic process can also involve substantial alterations to a change project.

The Strategic Management Approach

All of the approaches described so far share a concept of change as a chiefly incremental and evolutionary process. In the early 1980s, the scholars challenged this vision of change as a gradual adjustment and began to see change as a discontinuous, revolutionary process (Demers 1999; Allaire and Firsirot 1985; Miller and Friesen 1984; Greenwood and Hinings 1988).

According to this approach, the implementation of change will be a success if top strategists can work a radical transformation in organizational culture, strategy and structure after periods of crisis and tumult.

Organizations are seen as highly integrated, hard to change, very resistant and resilient. Sudden and unforeseen changes in the environment force the executives, visionaries in spite of themselves, to embark on wholesale organizational change that prompts them to adopt a new cultural-strategic-structural configuration. These changes are risky and expensive (Demers 1999). They have to be radical and revolutionary to break through the inertia and reduce transitional costs (Miller and Friesen 1984).

Environmental Perspectives: Ecological and Institutional Approaches

Here we are combining two quite distinct models, the ecological theory and the institutional theory. *From both perspectives, the main sources of change and the crucial factors for successful implementation lie in the environment surrounding the organization.* In both cases, the strategy is chiefly emergent (rather than planned) but radical and all-encompassing. Executives are limited in their ability to implement their strategy (Demers, 1999).

According to the ecological theory, they are limited by organizational inertia (Hannan and Freeman 1984; Singh et al. 1986). Because of this inertia, the main mechanism of change will not be the transformation of the organization but its replacement, i.e. the creation of a new organizational form (Baum 1996). The adjustment to change therefore comes through an environmental selection process. In a recent incisive and persuasive article, Christensen, Bohmer and Kenagy (2000) hold that a major cause of dysfunction in the health systems of industrialized countries is the adoption of changes they brand as disruptive. These changes involve replacing complex and expensive ways of doing things by new approaches that are drastically simpler, less sophisticated and less complicated but meet the needs effectively and appropriately. These changes are so radical that they almost inevitably come from new players. Instead of trying to transform hospitals and doctors, then, the system should be left to reinvent itself and transform itself through the introduction of new kinds of organizations and new types of professionals.

According to the institutional theory (DiMaggio and Powell 1983; Powell and DiMaggio 1991; Scott 1987), executives are limited by the institutional environment. Organizations have to meet the standards and expectations of their institutional environments to be legitimized and command the support needed for their operation and survival. Changes are thus dictated by institutional standards. Organizations sharing the same environment will adopt the same practices (Meyer and Rowan 1977). Health organizations are subject to especially powerful institutional environments (professional associations, foundations and legal, technocratic and governmental systems) (Ruef and Scott 1998; Scott et al. 2000; Alexander and D'Aunno 1990).

Recently, a number of writers have suggested a neo-institutional vision of change combining the institutional and political perspectives: institutions influence organizational arrangements but the key stakeholders organize and implement change (Greenwood and Hinings 1996; Fligstein 1991; Brint and Karabel 1991).

Guru Approaches

The phenomenon of the gurus or intellectual leaders has seen considerable growth in the field of management over the past ten years. It is hardly surprising to find change among their preferred topics. Potential markets for consultations or sales of popular books are immense for anyone who manages to develop the magic recipe for implementing change!

By definition, gurus are normative. They show the way. Their normative writings are sometimes fairly well grounded in empirical research: some gurus have dual identities as academics, while others defend their prescriptions on the basis of their own experience as consultants or (unpublished) "scholars." Beyond their normative character, what do they have in common?

According to the gurus, change is natural, inevitable and urgent and can be brought about by competent, effective leadership. Their formulas for competent change management are actually various blends of a number of change models described earlier. To sum up the guru perspective, leaders have to be entrepreneurial, visionary, strategists, daring and ever prepared for crisis and opportunity (strategic management model). They have to be forward-looking and program and plan change with care and attention (rational model). They have to be charismatic, astute psychologists who can overcome the resistance of their troops (psychological model). They have to be human, participatory and empowering (organizational development model). They have to prefer flexible structures that can easily accommodate contingencies (structural contingency model). Lastly, they have to be skilled negotiators who can build winning coalitions (political model).[5]

In a very interesting article that compares the normative and empirical approaches to change, Miller, Greenwood and Hinings (1999) suggest that these two bodies of work differ fundamentally on four points. First, the normative school takes a compartmentalized view of organizations, implying that changes can be carried out on certain procedures or practices independently of others. This view of organizations as flexible systems is in contrast to the configurational view of organizations held by the scholars, according to which organizational objectives, policies and operations are closely connected and changing one component affects all the others. Secondly, the normative writings are based on a rational view of decision making according to which decision makers have the information, ability and resources to make level-headed, rational decisions. The scholars abandoned this illusion a long time ago. Thirdly, although some normative writings introduce political negotiation into the change process, they do so in a functionalist perspective that minimizes the effects of differing interests and the presence of conflicts. Lastly, the institutional perspective is absent from normative writings, and the roles of the environment and the social, political, institutional and economic settings are generally ignored or downplayed.

Organizational Learning

For some years, the formerly dominant view of change as an unexpected, occasional, dramatic event has been giving way to a more fatalistic view: the only predictable thing is change (Demers 1999). Change is an inevitable, routine occurrence.

According to this model, change will be successful if preceded by a collective learning process based on experimentation, trial and error.

We have already seen that, according to a variant of the psychological model proposed by Argyris and Schön (1978), individuals learn by altering their cognitive structures. The emphasis is on training individuals to learn. Here, it is the organizations that learn through collective action and by tapping the sum of knowledge available in the community (Cohen and Levinthal 1990; Fiol 1994, 1996; Huber 1991; Nonaka 1994). Change is everyone's business and the leader is one agent of change among others (Demers 1999). His role is to facilitate change by stimulating initiative in all players concerned. Leadership is collective and all of the stakeholders share differentiated but complementary roles. Here, therefore, change depends on a process that is complex and hard to control, involving a cast of players who can take on different roles at different times.

The Theories of Complexity

The most recent approaches to the study of organizational change draw on the theories of chaos and complexity (Gleick 1987; Waldrop 1992). Organizations are seen as complex, dynamic and adaptive systems that fluctuate between order and disorder.

According to the theories of complexity (Simon 1996; Anderson 1999), complex systems can behave very sensitively and be influenced by small initial differences. Complex systems tend to be self-organizing, i.e. from a random state they will normally evolve towards order rather than disorder. Complex processes can result or emerge from the actions of agents who follow some relatively simple rules.

A number of authors have suggested designing hospitals "complex systems of adjustment" (Stacey 1996; McDaniel 1997; Ashmos, Huonker and McDaniel 1998; Peirce 2000; Ashmos, Duchon and McDaniel 2000; Anderson and McDaniel 2000). In this model, an organization facing a turbulent environment should, instead of looking for order and simplicity, seek complexity in its internal arrangements, since the probability of adjustment increases when internal diversity can match the external diversity the organization has to deal with. The complexification of internal arrangements involves increased participation in decision making by the members of the organization and better linkages among organizational sub-units.

In a hospital, this means that the professionals producing services, and not merely the doctor managers, should be involved in a wide variety of decisions (McDaniel and Ashmos 1986; Anderson and Ashmos 1992; Shortell, Morrison and Friedman 1990; Blair and Fottler 1990; Ashmos, Huonker and McDaniel 1998; Anderson and McDaniel 2000). This increased participation not only increases the information available and the ability to process it but also, according to the theory of complexity, helps to enhance the organization's capacity to give it meaning (McDaniel 1997; Ashmos, Huonker and McDaniel 1998).

The complex adjustment system model also means that the inertia of complex professional organizations can be reduced by the quality of the linkages between the organization's component parts. According to the theory of complexity, the greater the increase in the number

of randomly distributed linkages, the more the organization is capable of variety in its behaviour, and thus of adjustment (Stacey 1996; Granovetter 1973; Ashmos, Huonker and McDaniel 1998).

In short, according to the theories of complexity, *change will be facilitated by encouraging complexity in the internal organization, communications and participation to stimulate self-organization, learning and adjustment to environmental diversity* (Lichtenstein 2000).

The two latest perspectives on organizational change, the learning and complexity theories, are in fact interrelated and very consistent with one another. Both see change in a global, integrated way as forming part of the routine life of organizations (Demers 1999). The change process is a collective one. Managers are agents of change among others. The process is never really under control. Change is both deliberate and emergent. Organizations learn by doing. Complexity encourages learning.

The Determinants of Decision Failures

What accounts for the very common situation when we know what should be done but fail to do it? Very few scholars have focused on this issue.

First, we have long known that decision making in complex situations cannot be completely rational (Simon 1945). Rationality is bound by the limits of human cognitive processes and the presence and interplay of multiple stakeholders, values and issues. Indeed, most decision-making in complex organizations involve numerous players with varied perspectives and interests.

Failed decisions may therefore stem partly from the use of imperfectly rational decision-making processes, like the political models in which decisions result from negotiations among stakeholders of varying influence. The use of a discontinuous incremental approach (Lindblom 1959) that attempts to achieve the least possible change to the status quo without ever actually dealing with the problems may also be a known source of failed decisions.

In addition to multiple influences on decision making, other factors, linked to managerial attitudes and behaviours and the organizational setting, may help to explain failed decisions as well. Cohen (1998) has suggested that failed decisions (which he terms "performance paradoxes") arise from three managerial attitudes and behaviours: tolerance of poor performance, hesitation to go after the real causes of problems, and the abdication of responsibility and accountability in favour of the use of "packaged" programs and solutions.

Pfeffer and Sutton (1999) mention lack of confidence in individual learning ability (and thus change), fear of failure and an emphasis on planning/programming to the detriment of action.

We might add that the emphasis on short-term performance and the lack of a long-term vision also certainly add to the minimization of risk and hesitation to accept changes that may require fairly long implementation processes and may not produce short-term dividends, even though calling for major investments and upheavals. Finally, a shortage of human, physical and cognitive resources may also contribute to failed decisions in a major way.

The Determinants of Intervention Theory Failures

The last type of failure to change is the situation where change is appropriately and properly implemented without producing the desired effects.

This situation will be inevitable from time to time. If we value experimentation and learning we are necessarily taking risks, i.e. implementing changes whose potential effectiveness is unknown.[6] These risks will sometimes result in failure.

Lack of knowledge of the potential effectiveness of activities is a frequent managerial problem. Knowledge is rarely solid due to the essentially contextual nature of management. Management cannot be separated from its context. Management is the management of that context. In this sense, the prescriptive value of management expertise will always be limited. As Richard Whitley wrote (1988):

> The production of scientific knowledge which could form the foundation for managerial skills standardized across different hierarchical arrangements and circumstances seems, then, fraught with difficulties. The variety of managerial practices, their organizationally embedded nature and their susceptibility to change and control by enterprise top managers, render attempts at standardizing managerial problems for solution by standardized skills across firms and industries of limited value.... In this view, attempts to establish a general "science of managing" which would generate knowledge of highly general relations between limited and standard properties of separate, standard objects are doomed to failure since "managing" is not a standardized activity.

In general, however, the failure of the theory of intervention stems from the fact that managers make decisions that are inconsistent with what they know. As discussed above, the limits to the rationality of decision-making processes can lead, not only to failed decisions, but also to failures of the theory of intervention (i.e. to interventions known to be of limited effectiveness). Moreover, managers often place more value on intuitive (Mintzberg 1989), experiential and anecdotal knowledge than on scientific knowledge. A large percentage of management decisions is made by colleagues whom managers hold in esteem.

This phenomenon of contagion (March 1981) largely explains the prominence of management fads. Unlike scientific knowledge, these provide managers with relatively simple solutions, specific action levers for eminently complex problems (*The Economist* 1997a; Hilmer and Donaldson 1996; Carson et al. 2000; Mazza and Alvarez 2000). Managers preference for intuition, experience, imitation and fads certainly accounts for a number of failed interventions.

The Issues Linked to Facilitating the Implementation of Change in Canada's Health Organizations

We have discussed the ubiquity and, at the same time, difficulty of change in organizations generally and health organizations in particular. We have also seen that the perspectives on the determinants of failed change were many and varied. However, we have very little scientific evidence of their relative effectiveness. The rational and strategic management models are highly valid on the surface, but we do not really know how effective they are. The organizational development and individual learning (psychological) models have been more extensively researched and seem to be solidly based. Yet, evaluations report highly variable success rates, suggesting that the explanatory and prescriptive power of these models is limited. The structural, political, ecological and institutional models seem to provide some strong explanations for failed implementation, but the lessons to be drawn in terms of action and change management are not so strong. Lastly, the organizational learning and complexity models seem promising and well thought out, but they have had very little application thus far to provide guidance on the implementation of organizational change.

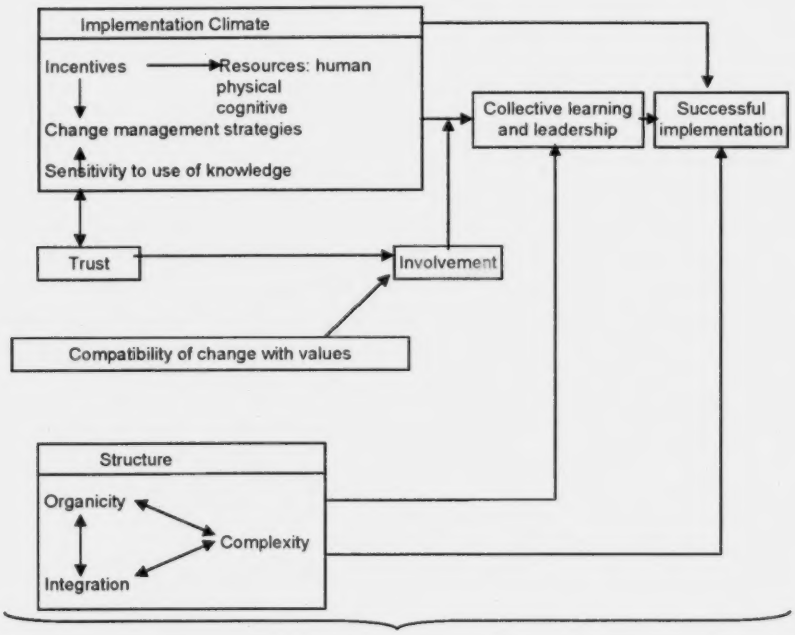
The general impression that emerges from the scientific literature is that change is a complex and unpredictable phenomenon that has to encompass a broad range of agents and pilots of change whose roles and involvements can vary over time. In complex organizations, the presence of a complex system of action and adjustment and collective learning through action and experimentation seem to sharply increase the organizational inclination to go through with the change. It may also well be that implementation is affected by a string of factors linked to the preparation and programming of change, the weighing of its social, cognitive and emotional dimensions, and the political energy and structures involved.

In Figure 5, we have illustrated a set of factors that strike us as important to consider in generating organizational change.

Successful implementation of change will directly depend on the nature of learning and collective leadership processes. The implementation climate and the technical and institutional structure and environment will affect the learning and collective leadership processes and will also directly affect the success of implementation. Involvement of the stakeholders concerned is seen as a condition (factor of synergistic interaction) of the influence of this climate on learning.

By "climate of implementation," we mean all the political and practical organizational conditions mobilized to implement the change (Klein and Sorra 1996). This climate thus includes the physical, human and cognitive resources perceived as necessary conditions for change (Van de Ven et al. 1999; Hage 1999). The incentive system certainly affects the availability of resources and should also be seen as an important factor in the dynamics of change (Kerr 1995). Change management strategies and especially adopting an attitude that values change and risk (Hage 1999), listening (Nord and Tucker 1987) and facilitation of learning also affect the availability of resources and collective learning. Building decision makers' awareness of the use of scientific knowledge should be associated with change management strategies and influence learning.

Figure 5
Factors to Be Considered when Producing Change in Organizations



Sources: Klein and Sorra (1996), Hage (1999) and Van de Ven (1999).

Three basic structural characteristics strike us as working together to affect learning and, directly, the success of implementation: organicity (Burns and Stalker 1961), complexity and integration (Shortell, Gillies and Devers 1995), especially its normative integration (Contandriopoulos et al. 2001; Mintzberg 1996).

Finally, involvement of the various stakeholders concerned, a prerequisite for the effect of the climate on learning (Klein and Sorra 1996), is influenced by the level of confidence within the organization (Mechanic 1996; Korczynski 2000; Sabel 1991; Perrow 1992) and the compatibility of the change with the prevailing organizational values (Klein and Sorra 1996).

This modelling of the factors to be weighed when initiating change in organizations reflects our synthesis of the vast literature reported in this study. We see it as useful for stimulating thought about the main issues to consider to overcome the ubiquitous risks of failure in the inevitable reform of Canada's health system and organizations. More specifically, this modelling enables us to suggest that, in order to enhance the ability to manage change in Canada's health system and organizations, it is essential, over the short term, to pursue the following objectives:

a) In order to reduce the incidence of decision failures:

1. Encourage decision makers and managers of the health system and organizations to develop a culture based on experimentation, change, risk and accountability. This involves a major change in the definition of accountability: an accountable decision maker is one who views mistakes as learning opportunities and not punishable offences).
2. Encourage independent thinking and initiative in the system's managers (this requires managers to acquire new cognitive abilities that enable them to appreciate complexity and approach their decisions with introspection).
3 Pay special attention to incentive mechanisms; incentives should allow decision makers and managers to concentrate on medium- and long-term system and organizational performance.

b) In order to reduce the incidence of implementation failure:

4. Encourage and prioritize the establishment of a climate of trust in our health organizations with a healthy involvement of their workers and professionals (so that there can be places where experimentation is permissible and legitimate).
5. Encourage collective and individual learning.
8. Promote the adoption of flexible, highly integrated and complex structures.
9. Encourage a rethinking of the managerial role in change management: from comptroller to facilitator, and from central actor to participant in a collective process.

c) In order to reduce the incidence of intervention theory failures:

8. Promote the use of scientific knowledge in decision making at all levels of management in the health system and organizations (paying special attention to interdisciplinary knowledge).

Notes

1. This taxonomy is similar to that of Demers (1999). Hage (1999) sees four of them, March (1981) six and Scheirer (1981) a different six.
2. March (1981) refers to two models ("rule following" and "problem solving"), differentiating the planning and procedural aspects. Most other authors combine both, which in practice are highly interrelated.
3. January 4, 1997, p. 575; June 22, 2000, p. 19; March 9, 2001, p. 65.
4. See Bareil and Savoie (1999) for a detailed description of these models.
5. The most interesting "guru" model may be that of John P. Kotter (1995, 1996), who suggests a change implementation process in eight stages that encompasses a lot of these ideas.
6. This may involve situations where there is no choice: no other intervention exists whose known potential effectiveness would be greater.

References

Abrahamson, E. 2000. Change Without Pain, *Harvard Business Review* July-August, 75-79.

Academy of Management Review. 2000. *Special Topic Forum on Change* 25(4).

Alexander, J.A. and TA. D'Aunno. 1990. Transformation of Institutional Environments: Perspectives on the Corporatization of US Health Care, in *Innovations in Health Care Delivery: Insights for Organization Theory*, S.S. Mick et al., eds. San Francisco: Jossey-Bass, 53-85.

Allaire, Y. and M. Firsirotu. 1985. How to Implement Radical Strategies in Large Organizations, *Sloan Management Review* 26.

Allison, G. 1971. *Essence of Decision.* Boston, Little Brown and Company.

Anderson A. and D.P. Ashmos. 1992. Nurses' participation in strategic decision making, in *Practice and Inquiry for Nursing Administration*, B. Henry, ed. Kansas City: American Academy of Nursing.

Anderson R.A. and McDaniel R.R. 2000. Managing health care organizations: Where professionalism meets complexity science, *Health Care Management Review* 25(1):83-92.

Anderson, P. 1999. Complexity Theory and Organization Science, *Organization Science* 10(3):216-32.

Appleby, P. 1978. Government if Different, in *Classics of Public Administration*, J.M. Shafritz and A.C. Hyde, eds. Oak Park (IL): Moore.

Argyris, C. and D. Schön. 1978. *Organizational Learning.* Addison-Wesley.

Argyris, C.R. Putnam and D. McLain-Smith. 1985. *Action Science*. San Francisco: Jossey-Bass.

Argyris, C. 1982. Creating Long-term Organizational Change, in *Change in Organizations*, P.S. Goodman, ed. San Francisco: Jossey-Bass, 47-86.

——. 1984. How Learning and Reasoning Processes Affect Organizational Change, in *Change in Organizations: New Perspectives on Theory, Research, and Practice*, P.S. Goodman et al., ed. San Francisco: Jossey-Bass.

——. 1985a. Dealing with Threat and Defensiveness, in *Organizational Strategy and Change*, J.M. Pinnings et al., eds. San Francisco: Jossey-Bass, 412-30.

——. 1985b. *Strategy, Change and Defensive Routines.* Boston: Pitman.

——. 1987. Review Essay: First- and Second-Order Errors in Managing Strategic Change: The Role of Organizational Defensive Routines, in *The Management of Strategic Change*, A Pettigrew, ed. Oxford: Basil Blackwell.

Ashmos D.P., D. Duchon and R.R. McDaniel. 2000. Physicians and decisions: A simple rule for increasing connections in hospitals, *Health Care Management Review* 25(1):109-15.

Ashmos, D.P., J.W. Huonker and R.R. McDaniel. 1998. Participation as a complicating mechanism: The effect of clinical professional and middle manager participation on hospital performance, *Health Care Management Review* 23(4):7-20.

Bareil, C. and A. Savoie. 1999. Comprendre et mieux gérer les individus en situation de changement organisationnel, *Gestion* 24(3):86-94.

Barley, S.R. 1986. Technology as an Occasion for Structuring: Evidence from Observations of Scanners and the Social Order of Radiology Department, *Administrative Science Quarterly* 31:462-69.

Bashein, B.J., M.L. Markus and P. Riley. 1994. Preconditions for Business Process Reengineering Success, *Information Systems Management* 11(2):7-13.

Baum, J. 1996. Organizational Ecology, in *Handbook of Organization Studies*, C. Clegg, W. Nord Hardy, eds. London: Sage.

Beckhard, R. 1969. *Organizational Development: Strategies and Models*. Reading (MA): Addison-Wesley.

Bennis, W. 1966. *Changing Organizations*. New York: McGraw Hill.

Benson, J.K. 1983. A Dialectical Method for the Study of Organizations, in *Beyond Method*, G. Morgan, ed. Beverly Hills: Sage, 331-46.

Berman, P. 1980. Thinking about Programmed and Adaptive Implementation: Matching Strategies to Situations, in *Why Policies Succeed and Fail*, D. Mann and H. Ingram, eds. Beverly Hills: Sage.

Blair, J.D. and M.D. Fottler. 1990. *Challenges in Health Care Management: Strategic Perspectives for Managing Key Stakeholders*. San Francisco: Jossey-Bass.

Braybrooke, D. and C.E. Lindblom. 1963. *A Strategy of Decision*. The Free Press, 268 pages.

Bridges, W. 1991. *Managing Transitions: Making the Most of Change*. Addison-Wesley.

Brint S. and J. Karabel. 1991. Institutional Origins and Transformations: The Case of American Community Colleges, in *The New Institutionalism in Organizational Analyse*, W.W. Powell and P.J. DiMaggio, eds. Chicago: University of Chicago Press, 337-360

Brousselle, A, J.L. Denis and A. Langley. 1999. *What Do We Know about Hospital Mergers?*, Resource document, Canadian Health Services Research Foundation.

Burns, T. and G. Stalker. 1961. *The Management of Innovation*. London: Tavistock.

Carnall, C.A. 1986. Toward a Theory for the Evaluation of Organizational Change, *Human Relations* 39(3): 745-66.

Carson, P.P., P.A. Lanier, K.D. Carson and B.N. Guidry. 2000. Clearing a Path Through the Management Fashion Jungle: Some Preliminary Trailblazing, *Academy of Management Journal* 43(6):1143-58.

Cascio, W.F. 1995. Whither Industrial and Organizational Psychology in a Changing World of Work?, *American Psychologist*, November, 928-39.

Castonguay. 1971. Government of Quebec. *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux*. Quebec.

Champagne F., J.L. Denis, R. Pineault and A.P. Contandriopoulos. 1991. Structural and Political Models of Analysis of the Introduction of an Innovation in Organizations: The Case of the Change in the Method of Payment of Physicians in Long-term Care Hospitals, *Health Services Management Research* 4(2):94-111.

Christensen, C.M., R. Bohmer and J. Kenagy. 2000. Will Disruptive Innovations Cure Health Care?, *Harvard Business Review* September-October, 102-12.

Coch, L. and J.R.P. French. 1947. Overcoming Resistance to Change, *Human Relations* 1, 512-32.

Cohen, H. 1998. The Performance Paradox. *Academy of Management Executive* 12(3):30-40.

Cohen, W. and D. Levinthal. 1990. Absorptive Capacity: A New Perspective on Learning and Innovation, *Administrative Science Quarterly* 35, 128-52.

Collerette, P, G. Delisle and R. Perron. 1997. *Le changement organisationnel : théorie et pratique*. Québec: Presses de l'Université du Québec.

Collins, D. 1998. *Organizational Change: Sociological Perspectives*. London: Routledge.

Courpasson, D. 1998. Le changement est un outil politique, *Revue Française de Gestion* sept.-oct.(120):6-16.

Contandriopoulos, A.P., J.L. Denis, N. Touati and R. Rodriguez. 2001. Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre. *RUPTURES – Revue transdisciplinaire en santé* 8(2):38-52.

Crozier, M. 1963. *Le phénomène bureaucratique*. Paris: Éditions du Seuil.

Crozier, M. and E. Friedberg.1967. *L'acteur et le système*. Paris: Éditions du Seuil.

Damanpour, F. 1988. Innovation Type, Radicalness and the Adoption Process, *Commun Res* 15:545-67.

——. 1989. *The Relationship Between Organizational Size and Innovation*. Paper presented at the Annual meeting of the Academy of Management. Washington (DC).

——. 1987. *Innovation Type, Radicalness and Adoption Process: A Conceptual Framework for the Study of Organizational Innovations*, Academy of Management, Annual Meeting, New Orleans.

——. 1991. Organizational Innovation: A Meta-analysis of Effects of Determinants and Moderators, *Academy of Management Journal* 34(3):555-90.

Deber, R.B. and P. Leatt. 1986. *Technology Acquisition in Ontario Hospitals: Your Can Lead a Hospital to Policy, but Can You Make it Stick*? Proceedings of the Third Canadian Conference on Health Economics, J.M. Horne, ed. Winnipeg, 259-77.

Demers, C. 1999. De la gestion du changement à la capacité de changer. L'évolution de la recherche sur le changement organisationnel de 1945 à aujourd'hui, *Gestion* 24(3):131-39.

Denis, J.L. and F. Champagne. 1990. Pour comprendre le changement dans les organisations, *Gestion* February, 44-55.

DiMaggio, P. and W.W. Powell. 1983. Institutional Isomorphism: The Iron Case, *American Sociological Review* 48: 147-60.

Dyer, W.G. and R.A. Page. 1988. The Politics of Innovation, *Knowledge in Society* 1(2):23-41.

Eddy, W.B. and R.J. Saunders. 1972. Applied Behavioral Science in Urban/Administrative Political Systems, *Public Administration Review* 30:11-6.

Eldredge, N. and S.J. Gould. 1972. Punctuated Equilibria: An alternative to Phyletic Gradualism, in *Models in Paleobiology*, T.J.M .Schopf, ed. San Francisco: Freeman Looper. 82-115.

Elmore, R.F. 1978. Organizational Models of Social Program Implementations, *Public Policy* 26(2): 185-228.

Fiol, C.M. 1994. Consensus, Diversity, and Learning in Organizations, *Organization Science* 5:403-20.

——. 1996. Squeezing Harder Doesn't Always Work: Continuing the Search for Consistency in Innovation Research, *Academy of Management Review* 21(4):1012-21.

Fishbein, M. and I. Ajzen. 1975. *Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Reading (MA): Addition-Wesley.

Fligstein, N. 1991. The Structural Transformation of American Industry: An Institutional Account of the Causes of Diversification in the Largest Firms, 1919-1979, in *The New Institutionalism in Organizational Analyse*, W.W. Powell and P.J. DiMaggio, eds. Chicago: University of Chicago Press. 331-36.

French, W.L., C.H. Bell and R.A. Zawacki. 1978. *Organization Developmenet: Theory, Practice and Research*, W.L. French, C.H. Bell and R.A. Zawacki, eds. Dallas: Business Publishers.

Friedberg, E. 1993. *Le pouvoir et la règle*. Paris: Éditions du Seuil.

Fullan, M. 1972. Overview of the Innovative Process and the Uses, *Interchange* (2-3):1-46.

Geis, G.T. 1985. Risk Taking, Innovation and Organizational Environments, in *Frontiers in Creative and Innovative Management*, R.L. Kuhn, ed. Cambridge: Ballinger, 157-61.

Gersick C. 1991. Revolutionary Change Theories: A Multilevel Exploration of the Punctuated Equilibrium Paradigm, *Academy of Management Review* 16:10-36.

Gestion automne. 1999. *Numéro thématique sur le changement* 24(3).

Giblin, E.J. 1976. Organization Development: Public Sector Theory and Practices, *Public Personnel Management* 2:108-19.

Gleick, J. 1987. *Chaos: Making a New Science*. New York: Penguin Books.

Golembiewski, R.T., C.W. Proehl Jr. and D. Sink. 1981. Success of OD Applications in the Public Sector: Toting up the Score for a Decade, More or Less, *Public Administration Review* 41:679-82.

——. 1982. Estimating success of OD applications. *Training and Development Journal* 72:86-95.

Goodman, P.S. and L.B. Kurke. 1982. Studies of Change in Organizations: A Status Report, in *Change in Organizations*, P.S. Goodman et al., ed. San Francisco: Jossey-Bass, 1-46.

Granovetter M.S. 1973. The strength of weak ties, *American Journal of Sociology* 82:929-64.

Gray, B. and S.S. Aris. 1985. Politics and Strategic Change Across Organizational Life Cycle, *Academy of Management Review* 10(4):707-23.

Greenwood, R. and C.R. Hinings. 1988. Design Archetypes, Tracks and the Dynamics of Strategic Change, *Organization Studies* 9:293-316.

——. 1996. Understanding Radical Organizational Change: Bringing Together the Old and the New Institutionalism, *Academy of Management Review* 21(4):1022-54.

Grossman, J.B. 1970. The Supreme Court and Social Change: A Preliminary Inquiry, *American Behavioral Scientist* 13:535-51.

Guilhon, A. 1998. Le changement organisationnel est un apprentissage, *Revue française de gestion* September-October (120):98-107.

Hafsi, T. 1995. Pour survivre... Résistez à la tentation des grands changements!, *Gestion*, 20(4):16-7.

Hage, J. 1980. *Theories of Organizations: Form, Process, and Transformation*. New York: Wiley.

——. 1985. Responding to Technological and Competitive Change: Organizational and Industry Factors, in *Managing Technological Innovation*, D.D. Davis et al., eds. San Francisco: Jossey-Bass, 44-71.

Hage, J.T. 1999. Organizational Innovation and Organizational Change, *Annual Review of Sociology* 25:597-622.

Hage, J. and M. Aiken. 1970. *Social Change in Complex Organizations*. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall.

Hall. 1964. *Report of the Royal Commission on Health Services, vol. I.* Ottawa: Queen's Printer.

Hall, G., J. Rosenthal and J. Wade. 1993. How to make reengineering really work. *Harvard Business Review* November-December, 109-11.

Hall G.E, A.A. George, and W.L. Rutterford. 1986. *Measuring Stages of Concern about the Innovation: A Manual for Use of the SoC Questionnaire*, (Report no 30332). Research and Development Centre for Teacher Education, University of Texas (ERIC Document Reproduction Service no. ED 147 342).

Hamel, G. 2001. Revolution v. Evolution: You Need Both, *Harvard Business Review* 79(5):150-52.

Hannan, M. and J. Freeman. 1984. Structural Inertia and Organizational Change, *American Sociological Review* 49:149-64.

Harrison, S. 1985. Perspectives on Implementation, in *Health Services Performance*, A.F. Long and S. Harrison, eds. London: Croom Helm, 105-25.

Harvey, E. and R. Mills. 1970. Patterns of Organizational Adaptation: A Political Perspective, in *Power in Organizations*, M.N. Zlad, ed. Nashville: Vanderbilt University Press.

Hasenfeld, Y. 1980. Implementation of Change in Human Service Organizations: A Political Economy Perspective, *Social Service Review* 54:508-20.

Hastings, J.E.F. 1972. *The Community Health Centre in Canada: Report of the Community Health Centre Project to the Conference of Health Ministers*. Ottawa: Information Canada.

Herman-Taylor, R.J. 1985. Finding New Ways of Overcoming Resistance to Change, in *Organizational Strategy and Change*, J.M. Pennings et al., eds. San Francisco: Jossey-Bass, 383-411.

Hilmer, F. and L. Donaldson. 1996. *Management Redeemed*. New York: The Free Press.

Huber, G.P. 1991. Organizational Learning: An Examination of the Contributing Processes and the Literatures, *Organization Science* 2:88-115.

Jacob, R. and R. Ducharme. 1995. *Changement technologique et gestion des ressources humaines*. Montréal: Gaëtan Morin.

Jarrar, Y.F. and E.M. Aspinwall. 1999. Business process r-engineering: learning from organisational experience. *Total Quality Management* 10(2):173-86.

Jelinek, M, J.A. Litterer and R.E. Miles. 1986. Introduction to Organizations and their Design, in *Organizations by Design: Theory and Practice*, 2nd edition, M. Jelinek, J.A. Litterer and R.E. Miles, eds. Plano (Texas): Business Publications, 1-18.

Jelinek, M. 1986. Organization Structure: The Basic Conformations, in *Organizations by Design: Theory and Practice*,2nd edition, M Jelinek, J.A. Litterer and R.E. Miles, eds. Plano (Texas): Business Publications, 125-39.

Katz, D. and R.L. Kahn. 1966. *The Social Psychology of Organizations*. New York: John Wiley.

Katzell, R.A. and R.A. Guzzo. 1983. Psychological approaches to productivity improvement. *American Psychologist* 38(4):468-72.

Kerr, S. 1995. An Academy Classic: On the Folly of Rewarding A, While Hoping for B, *Academy of Management Executive* 9(1):7-16.

Kets de Vries, M.F.R. and D. Miller. 1985. *L'entreprise névrosée*. McGraw-Hill.

Kim, L. 1980. Organizational Innovation and Structure, *Journal of Business Research* 8:225-45.

Kimberley, J.R. and M. Evanisko. 1981. Organizational Innovation: The Influences of Individual, Organizational, and Contextual Factors on Hospital Adoption of Technological and Administrative Innovations, *Academy of Management Journal* 24:689-713.

Kirkpatrick, D.K. 1986. *How to Manage Change Effectively*, San Francisco: Jossey-Bass.

Klein, K.J. and J.S. Sorra. 1996. The Challenge of Innovation Implementation, *Academy of Management Review* 21(4):1055-80.

Korczynski, M. 2000. The Political Economy of Trust, *Journal of Management Studies* 37(1):1-21.

Kotter, J.P. and L.A. Schlesinger. 1979. Choosing Strategies for Change, *Harvard Business Review* 57: 106-14.

Kotter, J.P. 1995. Leading Change: Why Transformation Efforts Fail, *Harvard Business Review* March-April, 59-67.

——. 1996. *Leading Change*. Harvard Business School Press.

Kunkel, J.H. 1975. *Behavior, Social Problems and Change: A Social Learning Approach*, Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall.

Lawrence, P. and J. Lorsch. 1967. *Organization and Environments*. Boston (MA): Harvard Business School.

Lewin, K. 1952. *Field Theory in Social Science*. Harper.

Lichtenstein, B.B. 2000. Self-organized Transitions: A Pattern Amid the Chaos of Transformative Change, *Academy of Management Executive* 14(4):128-41.

Lindblom, C.E. 1959. Historical Traditions and National Characteristics: A Comparative Analysis of Canada and the United States, *Canadian Journal of Sociology* 11:113-55.

Lippitt, G. 1982. *Organization Renewal: A Holistic Approach to Organization Development*, Englewood Clifss (NJ). Prentice Hall, 2nd edition.

Majone, G. and A. Wildavsky. 1978. Implementation as Evolution, *Policies Studies Review Annual* 2: 103-17.

March J.G. 1962. The Business Firm as a Political Coalition, *Journal of Politics* 24:662-78.

——. 1981. Footnotes to Organizational Change, *Administrative Science Quarterly* 26:563-77.

Marks, M.L and P.H. Mirvis. 2001. Making Mergers and Acquisitions Work: Strategic and Psychological Preparation, *Academy of Management Executive* 15(2):80-94.

Maruyama, M. 1968. Mutual Causality in General Systems, in *Positive Feedback*, J.H. Milsum, ed. New York: Pergamon Press.

Mazza, C. and J.L. Alvarez. 2000. Haute Couture et Prêt-à-Porter: The Popular Press and the Diffusion of Management Practices, *Organization Studies* 21(3):567-88.

McDaniel, R.R. and D. Ashmos. 1986. Strategic directions within health care institutions: The role of the physician, *Journal of the National Medical Association* 78:633-41.

McDaniel, R.R. 1997. Strategic leadership: A view from quantum and chaos theories, *Health Care Management Review* 22(1):21-37.

McKee, M. and J. Healy. 2002. *Hospitals in a Changing Europe*. World Health Organization, Regional Office for Europe.

Mechanic, D. 1996. Changing Medical Organization and the Erosion of Trust, *The Milbank Quarterly* 74(2):171-89.

Meyer, J.W. and B. Rowan. 1977. Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony? *American Journal of Sociology* 83(2):340-63.

Miller, D. and Friesen P.H. 1984. *Organisations: A Quantum View*. Englewood Cliffs (NJ): Prentice Hall.

Miller, D., R. Greenwood and B. Hinings. 1999. Creating Chaos versus Munificent Momentum, *Journal of Management Inquiry* 6(1):71-8.

Miller, D. 1983. The Correlates of Entrepreneurship in Three Types of Firms, *Management Science* 29(7):771-91.

Mintzberg, H. 1979. *Structuring of Organizations*. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall.

Mintzberg, H. 1989. Society has Become Unmanageable as a Result of Management, in *Mintzberg on Management: Inside our Strange World of Organizations*. New York: Free Press.

Mintzberg, H. 1996. Managing Government – Governing Management, *Harvard Business Review* May-June, 75-83.

Mintzberg, H., B. Ahlstrand and J. Lambpel. 1998. *Strategy Safari: A Guided Tour Through the Wilds of Strategic Management*. Toronto: The Free Press.

——, J. 1999. Transforming the Firm, *Gestion* 24(3):122-30.

Moos, N. 1983. An Organization Environment Framework for Assessing Program Implementation, *Evaluation and Program Planning* 6:153-64.

Morgan, G. 1986. *Image of Organization*. Beverly Hills: Sage.

Nadler, D.A. and M.B. Nadler. 1998. *Champions of Change: How CEOs and Their Companies Are Mastering the Skills of Radical Change*. San Francisco: Jossey-Bass.

Nonaka, I. 1994. A Dynamic Theory of Organizational Knowledge Creation, *Organization Science* 5.

Nord, W.R. and S. Tucker. 1987. *Implementing Routine and Radical Innovations*. Lexington: Lexington Books.

Normann, R. 1971. Organizational Innovativeness Product Variation and Reorientation, *Administrative Science Quarterly* 16:203-15.

Nutt, P.C. 1986. The Tactics of Implementation, *Academy of Management Journal* 29(2):230-61.

——. 1999. Surprising but True: Half the Decisions in Organizations Fail, *Academy of Management Executive* 13(4):75-90.

——. 2000. Decision-making Success in Public, Privante and Third Sector Organizations: Finding Sector Dependent Best Practice, *Journal of Management Studies*, 37(1):77-108.

Park, S.J. 1991. Estimating Success Rates of Quality Circle Programs: Public and Private Experiences, *Public Administration Quarterly* 15:133-46.

Peirce, J.C. 2000. The paradox of physicians and administrators in health care organizations, *Health Care Management Review* 25(1):7-28.

Perlman, D. and G.J. Takacs. 1990. The 10 Stages of Change, *Nursing Management* 21(4):33-8.

Perrow, C. 1992. Small-Firm Networks, in *Networks and Organizations: Structure, Form, and Action*, N. Nohria and R.G. Eccles, eds. Boston (MA): Havard Business School Press.

Peters, T.J. and R.H. Waterman Jr. 1982. *In Search of Excellence*. New York: Harper & Row.

Pettigrew, A.M. 1975. Towards a Political Theory of Organization Intervention, *Human Relations* 28:192-208.

Pettigrew, A.M. 1977. Strategy Formulation as a Political Process, *International Studies of Management and Organization* 7:78-87.

——. 1985. Examining Change in Long-term Context of Culture and Politics, in *Organizational Strategy and Change*, J.M. Pennings et al., eds. San Francisco: Jossey-Bass, 269-318.

Pfeffer, J. 1981. *Power in Organizations*. Boston (MA): Pitman.

Pfeffer, J. and Salancik, G. 1974. Organizational Decision Making as a Political Process: The Case of University Budget, *Administrative Science Quarterly* 19:135-51.

——. 1978. *The External Control of Organizations*. New York: Harper and Row.

Pfeffer, J. and R.I. Sutton. 1999. Knowing "What" to Do Is Not Enough: Turning Knowledge into Action, *California Management Review* 42(1):83-108.

Pierce, J.L. and A.L. Delbecq. 1977. Organization Structure, Individual Attitudes and Innovation, *Academy of Management Review* 2:27-36.

Porras, J. and P. Berg. 1978. The impact of organisation development. *Academy of Management Review* 3:249-66.

Porras, J. and P. Robertson. 1992. Organisation development, in *Handbook of Industrial and Organisational Psychology*, M. Dunnette and L. Hough, eds. Consulting Psychologists Press, 3: 719-822.

Powell, W.W. and P. DiMaggio. 1991. *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. Chicago: University of Chicago Press.

Québec. 1988. *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux* (Commission Rochon).

Ramaprasad, A. 1982. Revolutionary Change and Strategic Management, *Behavioral Science* 27:387-92.

Revue Française de Gestion. 1998. *Les organisations face au changement*. Special edition, September-October.

Robertson, P.J. and S.J. Seneviratne. 1995. Outcomes of Planned Organizational Change in the Public Sector: A Meta-Analytic Comparison to the Private Sector, *Public Administration Review* 55(6):547-58.

Robey, D. 1984. Conflicts Models for Implementation Research, in *Management Science Implementation*, R.I. Schultz and M.J. Ginzberg, eds. Greenwich.

Rodrigues, S.B. and D.H. Hickson. 1995. Success in Decision-Making: Different Organizations, Different Reasons for Success, *Journal of Management Studies* 32(5):655-78.

Ruef, M. and R.W. Scott. 1998. A Multi-Dimensional Model of Organizational Legitimacy: Hospital Survival in Changing Institutional Environments, *Administrative Science Quarterly* 43:877-904.

Sabel, C. 1991. Moebius-Strip Organizations and Open Labor Markets: Some Consequences of the Reintegration of Conception and Execution in a Volatile Economy, in *Social Theory for A Changing Society*, J. Coleman and P. Bourdieu, eds. Boulder (CO): Westview Press.

Schein, E.H. 1969. *Process Consultation*. Reading: Addison-Wesley.

——. 1980. *Organizational Psychology*, 3rd edition. Prentice-Hall.

Scheirer, M.A. 1981. *Program Implementation: The Organizational Context*. Beverly Hills (CA): Sage.

Schwenk, G. 1990. Conflict in Organizational Decision-Making: An Exploratory Study of its Effects in For-Profit and Not-for-Profit Organizations, *Management Science* 26(4):436-48.

Scott, W.R., M. Ruef, P.J. Mendel and C.A. Carona. 2000. *Institutional Change and Health Care Organizations: From Professional Dominance to Managed Care*. Chicago: University of Chicago Press.

Scott, C.D. and D.T. Jaffe. 1992. *Managing Change at Work*. Agence d'ARC.

Scott, R.W. 1981. *Organizations: Rational Natural and Open System*. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall.

Scott, W.R. 1987. The Adolescence of Institutional Theory, *Administrative Science Quarterly* 32:493-511.

Séguin, F. and J.F. Chanlat. 1983. *L'analyse des organisations, Tome 1– Les théories de l'organisation*. Montréal: Gaëtan Morin.

Shortell, S., E.M. Morrison and B. Friedman. 1990. *Strategic Choices for America's Hospitals*. San Francisco: Jossey-Bass.

Shortell, S., R.R. Gillies and K.J. Devers. 1995. Reinventing the American Hospital, *The Milbank Quarterly* 73(2):131-61.

Shortell, S. 1983. *Organization Theory and Health Services Delivery*. American Public Health Association Annual Meeting. Dallas, Texas, November 16.

Simon, H.A. 1945. *Administrative Behaviour*, 2nd edition. New York: Free Press.

——. 1996. *The Sciences of the Artificial*, 3th edition. Cambridge (MA) MIT Press.

Singh et al. 1986. Organizational Change and Organizational Mortality, *Administrative Science Quarterly* 31:587-611.

Stacey, R.D. 1996. The science of complexity: An alternative perspective for strategic change processes, *Strategic Management Journal* 16:477-95.

Strebel, P. 1996. Why Do Employees Resist Change? *Harvard Business Review* May-June, 86-92.

Tamblyn et al. 2001. Adverse Events Associated With Prescription Drug Cost-Sharing Among Poor and Elderly Persons, *Journal of the American Medical Association* 285(4):421-29.

The Economist. 1997a. *Instant Coffee as Management Theory*. January 25

——. 1997b. *Why Too Many Mergers Miss the Mark?* January 4.

Thompson, V.A. 1965. Bureaucracy and Innovation, *Administrative Science Quarterly* 10:1-20.

Tushman, M.L. and E. Romanelli. 1985. Organizational Evolution: A Metamorphosis Model of Convergence and Reorientation, in *Research in Organizational Behavior*, L.L. Cummings and B.M. Staw, eds. Greenwich (CT): JAI Press, 171-222.

Van de Ven, A.H., D.E. Polley, R. Garud and S. Venkataraman. 1999. *The Innovation Journey*. New York: Oxford University Press.

Waldrop, M.M. 1992. *Complexity*. Simon and Schuster, 380 pages.

Weiss, C. 1972. *Evaluation Research*. Englewood Cliffs (NJ): Prentice Hall.

Whitley, R. 1988. The Management Sciences and Managerial Skills, *Organization Studies* 9(1):47-68.

Wellins, R.S. and J.S. Murphy. 1995. Reengineering: Plug into the Human Factors, *Training & Development* 49(1):33-7.

Wilson, I.Q. 1966. Innovation in Organization: Notes Toward a Theory, in *Approaches to Organization Design*, J.D. Thompson, ed. University of Pittsburg Press, 194-216.

Wolfe, R.A. 1994. Organizational Innovation: Review, Critique and Suggested Research Directions, *Journal of Management Studies* 31(3):405-31.

Yin, R.K. 1981. Life Histories of Innovations: How New Practices Become Routinized, *Public Administration Review* 41:21-8.

Zaltman, G, R. Duncan and J. Holbeck. 1973. *Innovation and Organizations*. New York: Wiley.

Zammato, R and E. O'Connor. 1992. Gaining Advanced Manufacturing Technologies Benefits: The Role of Organizational Design and Culture, *Academy of Management Review* 17:701-28.

Zbaracki, M. 1998. The Rhetoric and Reality of Total Quality Management, *Administrative Science Quarterly* 43:602-36.

Commission sur
l'avenir des soins de santé
au Canada

Commission on the
Future of Health Care
in Canada

ÉTUDE Nº 39

La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé

par
François Champagne, Ph.D.
Université de Montréal

novembre 2002

N° de catalogue CP32-79/39-2002F-IN

ISBN 0-662-87980-5

Bien que les opinions exprimées dans ces études n'engagent que les auteurs, chaque étude a été soumise à un processus indépendant d'examen par des pairs. La Commission tient à remercier l'Institut des services et de politiques de la santé (ISPS), des Instituts de recherche en santé du Canada, pour avoir assuré la surveillance et la bonne marche de ce processus d'examen. La participation des auteurs, des examinateurs et de l'ISPS à la réalisation de ces études constitue un apport important aux travaux de la Commission et contribuera à l'héritage qu'elle laissera.

Le générique masculin est utilisé uniquement dans le but d'alléger le texte.

Table des matières

Points saillants iv

Sommaire vi

Remerciements x

Introduction 1

Les organisations et le changement 2

L'implantation de réformes dans les organisations de santé au Canada 5
- Les échecs de décision 6
- Les échecs d'implantation 6
- Les échecs de la théorie d'intervention 6
- Les changements réussis 7

Les déterminants organisationnels du changement 8
- Les déterminants des échecs d'implantation 8
  - Le modèle hiérarchique et rationnel 10
  - L'approche du développement organisationnel 11
  - Le modèle psychologique 13
  - Le modèle structurel 14
  - Le modèle politique 15
  - L'approche de la gestion stratégique 16
  - Les perspectives environnementales externes : approches écologiques et institutionnelles 17
  - Les approches gurus 18
  - L'apprentissage organisationnel 19
  - Les théories de la complexité 19
- Les déterminants des échecs de décision 20
- Les déterminants des échecs de la théorie d'intervention 21

Les enjeux pour faciliter l'implantation du changement dans les organisations de santé au Canada 23

Notes 26

Bibliographie 27

Points saillants

- Les recommandations pour la réforme des systèmes de santé du Canada proposées depuis une quinzaine d'années ont rarement été implantées bien qu'elle aient souvent fait l'objet d'un large consensus.

- Un des problèmes majeurs dont souffrent les systèmes de santé au Canada, comme presque partout ailleurs, est en effet l'incapacité d'implanter les changements jugés nécessaires.

- Cette incapacité à implanter le changement n'est pas spécifique aux organisations de santé. L'implantation de changement dans les organisations est le plus souvent laborieuse et compliquée.

- L'échec du changement peut résulter d'un échec de décision (ne pas décider d'implanter un changement qu'on sait bénéfique), d'un échec d'implantation (ne pas réussir à implanter un changement qu'on a décidé d'implanter) ou d'un échec de la théorie de l'intervention (ne pas réussir à produire les effets désirés malgré une mise en œuvre adéquate).

- La documentation explique abondamment les échecs d'implantation de changement dans les organisations. L'impression générale qui ressort de la littérature scientifique est que le changement est un phénomène complexe, peu prévisible qui doit impliquer un large éventail d'agents et de pilotes du changement, dont les rôles et l'implication peuvent varier dans le temps. Pour des organisations complexes, le fonctionnement en système complexe d'action et d'adaptation et l'apprentissage collectif à travers l'action et l'expérimentation semblent nettement améliorer la propension des organisations à implanter le changement. De plus, il est plausible qu'une série de facteurs liés à la préparation et à la programmation du changement, à la considération des aspects socio-cognitifs et émotifs, à la structure et à la dynamique politique influent aussi sur le succès de l'implantation.

- Pour améliorer la capacité de gérer le changement dans le système et les organisations de santé au Canada, il est essentiel à court terme de :
  - Promouvoir auprès des décideurs et des gestionnaires du système des organisations de santé une culture qui valorise autant l'expérimentation, le changement et le risque que l'obligation de rendre compte.
  - Promouvoir la valorisation de l'autonomie de pensée et de l'initiative des gestionnaires du système.
  - Porter une attention particulière aux systèmes d'incitation dans nos organisations publiques de santé. Ces systèmes devraient, entre autres, permettre d'orienter les décideurs et les gestionnaires vers la performance à moyen et à long termes des systèmes et des organisations.
  - Encourager et rendre prioritaire l'établissement dans nos organisations de santé d'un climat de confiance et d'une saine implication des employés et des professionnels qui y œuvrent.

- Promouvoir la valorisation et la mise en œuvre de processus d'apprentissage individuels et collectifs.
- Encourager l'adoption de structures à la fois flexibles, fortement intégrées et complexes.
- Promouvoir une reconceptualisation du rôle du gestionnaire dans la gestion du changement : de contrôleur à facilitateur, d'acteur central à participant dans un processus collectif.
- Encourager la valorisation de l'utilisation des connaissances scientifiques dans la décision à tous les paliers de gestion du système et des organisations de santé.

Sommaire

Un des enjeux majeurs auxquels sont actuellement confrontés les systèmes de santé est celui de l'implantation des réformes. Depuis les quinze dernières années, on ne compte plus le nombre de commissions d'enquête et de rapports dont les recommandations sont restées lettres mortes. Cette incapacité à implanter des changements peut s'expliquer à plusieurs niveaux. Les dynamiques organisationnelles seront l'objet principal de cette étude.

La gestion du changement est l'un des thèmes majeurs, sinon le plus important, de la documentation sur la gestion, tant populaire que scientifique. Bien qu'elle renferme des prescriptions multiples et variées pour ce qui est de l'action, cette documentation est unanime pour ce qui est de la difficulté d'implanter des changements dans les organisations. Il semble qu'au moins la moitié des efforts de changement ne sont pas mis en œuvre adéquatement et que parmi ceux qui le sont, la majorité n'apportent pas les avantages attendus. Le changement dans les organisations semble intrinsèquement et inexorablement laborieux et compliqué. Les choses ne semblent jamais se produire comme prévu. La réalité du changement dans les organisations défie aussi bien les modèles académiques que les modes superficielles adoptés en gestion.

On pourrait s'attendre intuitivement à ce que les organisations de santé aient encore plus de difficultés à implanter des changements mais la documentation est plutôt ambiguë à ce sujet. Ainsi, en tant qu'organisations publiques, les organisations de santé adoptent des processus de décision plus laborieux et tortueux, plus turbulents et conflictuels. Leur caractère d'organisations professionnelles renforcent encore plus ces caractéristiques du processus de décision. Bien que, logiquement, cela puisse être associé à un plus grand nombre d'échecs, il semble que ce ne soit pas le cas si des processus de décision adaptés et appropriés sont utilisés.

Un changement est réussi lorsque les effets attendus sont obtenus sans effets pervers trop importants; on peut assister 1) à un échec de décision lorsque le besoin ressenti de changement n'entraîne pas la décision de le réaliser; 2) à un échec d'implantation lorsque la décision d'intervenir ne mène pas à une mise en œuvre adéquate du changement; 3) à un échec de la théorie de l'intervention lorsqu'une mise en œuvre adéquate ne permet pas de produire les effets attendus. L'expérience des systèmes et des organisations de santé au Canada dans l'implantation de changements est évidemment très variée. La réforme de la première ligne et l'intégration verticale des soins autour de la première ligne sont certainement des échecs de décision majeurs dans le système de santé canadien. L'implantation de la régionalisation dans la plupart des provinces et l'établissement des CLSC au Québec peuvent être considérés comme des échecs d'implantation. Les fusions généralisées d'hôpitaux au cours des dernières années de même que l'introduction d'un co-paiement pour les bénéficiaires de l'assurance médicaments au Québec en 1996 sont des exemples probants d'échecs de la théorie d'intervention.

On peut regrouper les différents écrits et les recherches sur le changement en une dizaine de perspectives. Toutes ces perspectives co-existent actuellement. Elles ont cependant originé et ont été prédominantes dans les écrits scientifiques à différents moments. La popularité dont elles jouissent dans la presse populaire et auprès des praticiens ne correspond pas nécessairement à celle que leur accordent les chercheurs.

Selon le modèle hiérarchique, le changement sera implanté adéquatement s'il a été bien planifié et si les procédures prévues ont été suivies.

Selon l'approche du développement organisationnel, le changement sera un succès si les gestionnaires réussissent à promouvoir des valeurs de participation et de consensus, notamment en améliorant la qualité de vie organisationnelle.

L'approche psychologique met l'accent sur la réaction des personnes au changement. Un changement sera implanté adéquatement si l'on réussit à vaincre les résistances naturelles des personnes.

Selon la perspective structurelle, les organisations qui réussissent à implanter avec succès un changement se distinguent des autres par leur structure et par leur capacité d'adapter celle-ci aux exigences du changement.

Selon l'approche politique, l'adoption et l'implantation de changements sont considérées comme des jeux de pouvoir organisationnel dont le résultat constitue un ajustement aux pressions internes et externes. Les difficultés liées à l'implantation d'un changement dépendent de la poursuite d'intérêts particuliers par des acteurs influents de l'organisation.

Selon l'approche de la gestion stratégique, l'implantation du changement sera un succès si des dirigeants stratèges réussissent à transformer de façon radicale la culture, la stratégie et la structure d'une organisation suite à des situations de crise et de haute turbulence.

Selon la perspective environnementale, les principales sources de changement et les facteurs déterminants du succès de l'implantation se retrouvent dans l'environnement externe de l'organisation. Nous regroupons ici deux modèles assez distincts, soit la théorie écologique et la théorie institutionnelle. Dans les deux cas, les dirigeants sont limités dans leur capacité de mettre en œuvre leur stratégie. Selon la théorie écologique, ils sont limités par l'inertie de l'organisation. À cause de cette inertie, le principal mécanisme de changement ne sera pas la transformation de l'organisation mais son remplacement. Selon la théorie institutionnelle, les dirigeants sont limités par l'environnement institutionnel. Les changements sont dictés par les normes institutionnelles.

Selon le modèle de l'apprentissage organisationnel, le changement sera implanté avec succès si l'on réussit à mettre de l'avant un processus d'apprentissage collectif basé sur l'expérimentation, l'essai et l'erreur.

Selon les théories de la complexité, le changement sera encouragé en favorisant la *complexification* de l'organisation interne, la communication et la participation, de façon à stimuler l'auto-organisation, l'adaptation à la diversité environnementale et l'apprentissage.

Selon les gurus, le changement est normal, inévitable et urgent et il peut être géré par des leaders compétents et efficaces. Les recettes de compétence dans la gestion du changement représentent ici des jumelages variés de plusieurs modèles de changement sur chacun desquels les auteurs peuvent mettre un accent différent. Globalement, les leaders doivent être entrepreneurs, visionnaires, stratèges, aventureux et rester à l'affût des crises et des opportunités (modèle de gestion stratégique). Ils doivent faire preuve de prévoyance et programmer et planifier le changement avec soin et attention (modèle rationnel). Ils doivent être des leaders charismatiques et de fins psychologues capables de vaincre les résistances de leurs troupes (modèle psychologique). Ils doivent être humains, favoriser la participation et habiliter les opérateurs

(modèle de développement organisationnel). Ils doivent privilégier des structure souples, flexibles, qui peuvent facilement s'adapter aux contingences (approche de contingence structurelle). Enfin, ils doivent être d'habiles négociateurs, aptes à mettre en place les coalitions gagnantes (modèle politique).

Les perspectives sur les déterminants des échecs du changement sont donc multiples et variées. Nous avons cependant très peu de preuves scientifiques sur leur efficacité relative. Les modèles rationnels et de gestion stratégique ont certainement une bonne validité apparente, mais on ne connaît pas vraiment leur efficacité réelle. Les modèles de développement organisationnel et d'apprentissage individuel (psychologique) ont fait l'objet d'un plus grand nombre d'études et semblent reposer sur des bases solides. Cependant, les évaluations rapportent des taux de succès très variables, indiquant que le pouvoir explicatif et prescriptif de ces modèles reste limité. Les modèles structurels, politiques, écologiques et institutionnels semblent fournir des explications robustes aux échecs d'implantation, mais les enseignements qu'on peut en tirer pour l'action et la gestion du changement demeurent fragiles. Enfin, les modèles de l'apprentissage organisationnel et de la complexité semblent prometteurs et théoriquement bien fondés; ils ont toutefois été très peu utilisés jusqu'à maintenant pour guider l'implantation du changement dans les organisations.

L'impression générale qui se dégage de la littérature scientifique est que le changement est un phénomène complexe, peu prévisible, qui doit faire intervenir un large éventail d'agents et de pilotes du changement dont les rôles et l'implication peuvent varier dans le temps. Pour des organisations complexes, le fonctionnement en système complexe d'action et d'adaptation et l'apprentissage collectif à travers l'action et l'expérimentation semblent nettement améliorer la propension des organisations à implanter le changement. De plus, il est plausible qu'une série de facteurs liés à la préparation et à la programmation du changement, à la considération des aspects socio-cognitifs et émotifs, à la structure et à la dynamique politique influent aussi sur le succès de l'implantation.

Dans ce rapport nous proposons une modélisation des facteurs à considérer pour produire des changements dans les organisations qui reflète notre synthèse. Cette modélisation nous permet de faire valoir que, pour améliorer la capacité de gérer le changement dans le système et les organisations de santé au Canada, certaines initiatives à court terme sont essentielles.

a) Pour réduire la prévalence des échecs de décision :

   1. Promouvoir auprès des décideurs et des gestionnaires du système et des organisations de santé une culture qui valorise tant l'expérimentation, le changement et le risque que l'obligation de rendre compte (cela suppose un changement important dans la conception de la responsabilité, un décideur responsable est celui qui voit dans l'erreur une possibilité d'apprentissage et non une faute sanctionnable).

   2. Promouvoir la valorisation de l'autonomie de pensée et de l'initiative des gestionnaires du système (pour cela, il faut que les gestionnaires acquièrent des capacités cognitives nouvelles leur permettant d'apprécier la complexité et d'adopter, par rapport à leur décision, une attitude réflexive).

   3 Porter une attention particulière aux systèmes d'incitation dans nos organisations publiques de santé (incitation à la fois économique et symbolique). Ces systèmes

devraient, entre autres, permettre d'orienter les décideurs et les gestionnaires vers la performance à moyen et à long termes des systèmes et des organisations.

b) Pour réduire la fréquence des échecs d'implantation :

4. Encourager et donner la priorité à l'établissement dans nos organisations de santé d'un climat de confiance et d'une saine implication des employés et des professionnels qui y œuvrent (de façon à ce qu'il y ait des espaces où l'expérimentation soit possible et légitime).
5. Promouvoir la valorisation et la mise en œuvre de processus d'apprentissage individuels et collectifs.
6. Encourager l'adoption de structures à la fois flexibles, fortement intégrées et complexes.
7. Promouvoir une reconceptualisation du rôle du gestionnaire dans la gestion du changement : de contrôleur à facilitateur, d'acteur central à participant dans un processus collectif.

c) Pour réduire les échecs des théories de l'intervention :

8. Encourager la valorisation de l'utilisation des connaissances scientifiques dans la décision, à tous les paliers de gestion du système et des organisations de santé (en portant une attention particulière à l'interdisciplinarité).

Remerciements

Je tiens à remercier mes collègues André-Pierre Contandriopoulos et Jean-Louis Denis pour leurs idées, leurs commentaires et leurs suggestions fort utiles dans l'élaboration de ce rapport.

Introduction

Il est clair que l'un des enjeux majeurs auxquels sont actuellement confrontés les systèmes de santé est celui de l'implantation des réformes quasi-universellement perçues comme nécessaires. Au Canada notamment, on ne compte plus le nombre de commissions d'enquête et de rapports au cours des quinze dernières années dont les recommandations sont restées lettres mortes. Cette incapacité à implanter des changements peut s'expliquer à plusieurs niveaux : au niveau socio-politique et aux niveaux du système de santé, des organisations de santé et des personnes qui y œuvrent. Au niveau socio-politique, le système de santé est soumis à de difficiles arbitrages en termes d'attention et de ressources allouées avec les autres grands systèmes sociaux et étatiques, soit l'économie et l'emploi, l'éducation, l'environnement, les affaires sociales, et la justice. Les pressions et les compromis qui en résultent sont souvent préjudiciables à l'implantation des réformes souhaitées. Au niveau du système de santé lui-même, la gouverne semble être en désarroi et le portrait que traçait au Québec la commission Rochon en 1988 semble toujours aussi véridique :

> Tout se passe comme si le système était devenu prisonnier des innombrables groupes d'intérêt qui le traversent : groupes de producteurs, groupes d'établissements, groupes de pressions issus de la communauté, syndicats, etc.; que seule la loi du plus fort opérait et que les mécanismes démocratiques d'arbitrage ne suffisaient plus; que la personne à aider, la population à desservir, les besoins à combler, les problèmes à résoudre, bref le bien commun, avaient été oubliés au profit des intérêts propres à ces divers groupes. (p. 407, Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux, 1988)

Cet écartèlement n'est certes pas propice non plus à la mobilisation collective nécessaire à l'implantation de réformes importantes. Au niveau des personnes, les conditions de pratique et d'emploi se sont dégradées substantiellement au cours des dernières années, au point que la démotivation et le désengagement des cadres, des professionnels et des autres employés est aujourd'hui, paradoxalement, un obstacle additionnel à l'implantation de réformes. Enfin, le succès de l'implantation de changements dépend aussi de toutes sortes de phénomènes reliés aux caractéristiques, au fonctionnement et à la gestion des organisations qui composent le système de santé. Bien que les facteurs socio-politiques, systémiques, organisationnels et individuels soient intrinsèquement imbriqués et co-agissent pour faciliter ou entraver le changement, cette étude porte essentiellement sur les dynamiques organisationnelles. Nous discuterons tout d'abord de la difficulté liée au changement en général dans les organisations. Nous aborderons aussi les tentatives récentes d'implantation de réformes dans les organisations de santé au Canada. Nous passerons ensuite en revue de façon synthétique les connaissances sur les déterminants organisationnels du changement, de l'innovation et de l'implantation. Nous terminerons avec ce que nous considérons comme les enjeux majeurs pour faciliter, au cours des prochaines années, l'implantation de changements de façon à améliorer la qualité, l'efficacité et l'efficience des services et à assurer la survie des systèmes de santé publics.

Les organisations et le changement

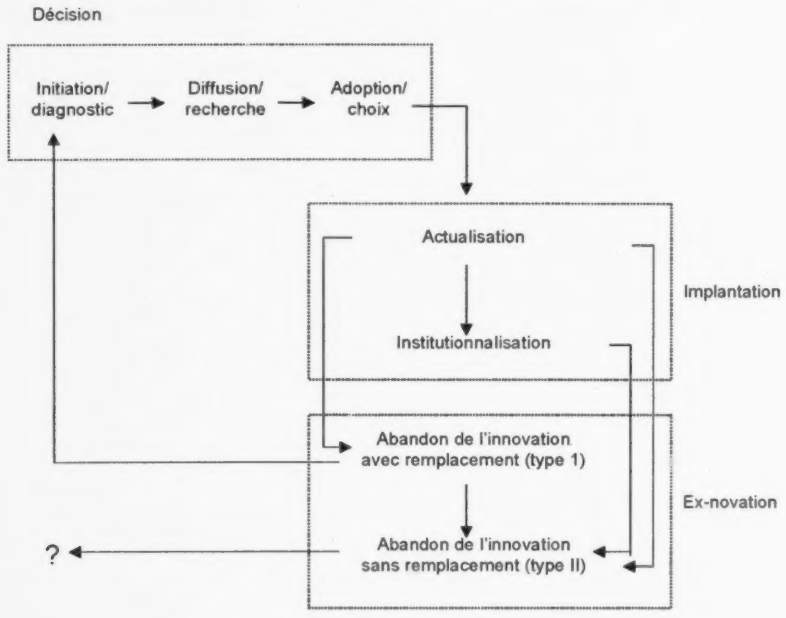
La gestion du changement est l'un des thèmes majeurs, sinon le plus important, de la documentation sur la gestion, autant populaire que scientifique. Cette préoccupation au sujet de l'implantation du changement ne semble pas s'estomper, au contraire. Parmi les quelque 2 000 ouvrages traitant de gestion qui sont publiés annuellement dans la presse populaire (et le nombre croît chaque année), une grande partie portent sur le changement. Pour ce qui est des publications scientifiques, nous avons trouvé dans la banque informatisée *Current Contents* près de 1 300 articles sur l'implantation du changement dans les organisations publiés depuis 1994 dans des revues indexées, dont plus de 600 depuis 1999.

Bien qu'elle contienne des prescriptions multiples et variées pour l'action, cette littérature est unanime sur la difficulté d'implanter des changements dans les organisations. La notion de changement est évidemment très vaste et recoupe toute une variété d'interventions plus ou moins complexes dont la facilité d'implantation, le bien-fondé et l'efficacité potentielle varient sans contredit et empêchent d'en arriver à un jugement synthétique formel. Cependant, l'impression générale qui se dégage de la documentation est qu'au moins la moitié des efforts de changement n'arrivent pas à être mis en œuvre adéquatement et que, parmi ceux qui le sont, la majorité n'apportent pas les avantages attendus. Nous ne citerons que deux des plus éminents experts sur le changement organisationnel. John P. Kotter, du Harvard Business School, écrit que « A few... corporate change efforts have been very successful. A few have been utter failures. Most fall somewhere in between, with a distinct tilt toward the lower end of the scale" ((1995, p. 59). Selon Paul Strebel, « Change management isn't working as it should. In a telling statistic, leading practitioners of radical corporate reengineering report that success rates in Fortune's 1000 companies are well below 50 %, some say they are as low as 20 % » (1996, p. 86). Plusieurs auteurs citent des taux d'échec de plus de 50 p. 100 (Cascio 1995), même de 75 p. 100 et plus (Bashein, Markus et Riley 1994; Wellins et Murphy 1995; Jacob et Ducharme 1995).

Le changement dans les organisations semble intrinsèquement et inexorablement laborieux et compliqué. Les choses ne se produisent jamais comme prévu. La réalité du changement dans les organisations semble défier aussi bien les modèles académiques que les modes superficielles adoptées en gestion (Nadler et Nadler 1998).

Le processus de production du changement dans les organisations peut être décomposé en plusieurs étapes. Le nombre d'étapes et la terminologie employée par différents auteurs varient, mais le modèle présenté à la Figure 1 semble bien intégrer les différents modèles proposés dans les écrits. On y retrouve trois grandes phases : l'élaboration de la décision de changement qui comprend des étapes d'initiation ou de diagnostic, de diffusion ou de recherche de solutions et d'adoption ou de choix d'une solution; l'implantation de la décision, à court terme (actualisation) et à long terme (institutionnalisation) et, éventuellement, l'abandon avec ou sans remplacement. L'échec du changement planifié peut survenir à n'importe quel moment au cours des deux premières grandes étapes. Ainsi, il est utile de faire une distinction entre les échecs de décision et les échecs d'implantation.

Figure 1
Processus de production du changement dans les organisations



Les échecs de décision se produisent lorsque le diagnostic n'entraîne pas la décision d'adopter un changement ou une pratique qui en découlerait. On sait ce qu'on doit faire, mais on ne se décide pas à le faire (on ne se rend pas, dans le processus de décision, jusqu'au choix de le faire). Par exemple, dans une étude récente sur l'implantation de programmes de gestion de la qualité, Zbaracki (1998) a étudié cinq organisations dont les cadres supérieurs étaient de fervents promoteurs de la qualité totale et croyaient que l'implantation de telles méthodes améliorerait la qualité des produits et services. Malgré ce discours, quatre de ces organisations n'utilisaient aucune méthode de gestion de la qualité et la cinquième en utilisait très peu. Pfeffer et Sutton (1999) donnent d'autres exemples de cet échec de décision. Selon eux, les sociétés américaines dépensent 43 milliards de $US par année en frais de consultation et appliquent rarement les recommandations des consultants. Ces auteurs citent l'exemple d'une banque qui, ayant mandaté quatre firmes de consultants sur une période de six ans, avait obtenu chaque fois les mêmes recommandations sans jamais les mettre en œuvre, ou l'exemple d'un consultant qui découvre, après plusieurs mois de travail, que la société possède déjà un rapport très détaillé et d'excellente qualité portant sur la même problématique que celle formulée dans son mandat. « The problem was not analysis, it was implementation... the core (of our report) was almost a copy of the old document. The client already had the basic information we were giving them » (Pfeffer et Sutton 1999, p. 84). Ces auteurs appellent cet échec de la décision le *knowing-doing gap* et, selon eux, il s'agit d'un problème extrêmement fréquent dans les organisations qui aurait un impact important sur leur performance. De façon similaire, Cohen (1998) parle du « paradoxe de la performance » : « Managers know what to do to improve performance, but actually ignore or act in contradiction to either their strongest instincts or to the data available two them » (p. 30).

L'échec du changement peut aussi survenir au cours de l'implantation. Dans ce cas, la décision est prise mais le changement n'est pas mis en place, ou il est très peu ou mal implanté. Ainsi Nutt (1999), sur la base d'une série d'études menées au cours des quinze dernières années et couvrant un vaste échantillon d'organisations, conclut que la moitié des décisions sont des échecs en ce sens qu'elles ne sont pas mises en œuvre.

Il apparaît donc que le changement constitue un enjeu important sur le plan de la gestion et que la difficulté d'implanter le changement est un problème général qui fait l'objet d'une abondante documentation, tant populaire que scientifique, mais dont les solutions, comme nous le verrons à la section suivante, demeurent incertaines.

Comment se comparent les organisations de santé quant à leur capacité à implanter le changement? On pourrait s'attendre intuitivement à ce que ces organisations aient encore plus de difficulté à implanter des changements, mais les écrits sont plutôt ambigus à ce sujet. Ainsi, en tant qu'organisations publiques, les organisations de santé sont soumises à des processus de décision plus laborieux et tortueux (Rodrigues et Hickson 1995) et plus turbulents et conflictuels (Schwenk 1990). Leur caractère d'organisations professionnelles renforce ces caractéristiques du processus de décision. Bien que, logiquement, cela puisse être associé à un plus grand nombre d'échecs de décision, il semble que ce ne soit pas le cas si des processus de décision adaptés et appropriés sont utilisés (Nutt 2000; Rodrigues et Hickson 1995). De façon similaire, bien que la documentation des années 70 laisse entendre que les échecs d'implantation du changement sont plus prévalents dans les organisations publiques (Appleby 1978; Eddy et Saunders 1972; Giblin 1976), les textes plus récents semblent indiquer beaucoup moins de différences dans les succès d'implantation (Golembiewski, Proehl et Sink 1981; Park 1991; Robertson et Seneviratne 1995).

Cependant, il demeure que les organisations de santé ont tendance à avoir, peut-être plus souvent que les organisations du secteur privé, certaines caractéristiques peu propices au changement. Nous aborderons plus loin cette question des déterminants structurels du changement.

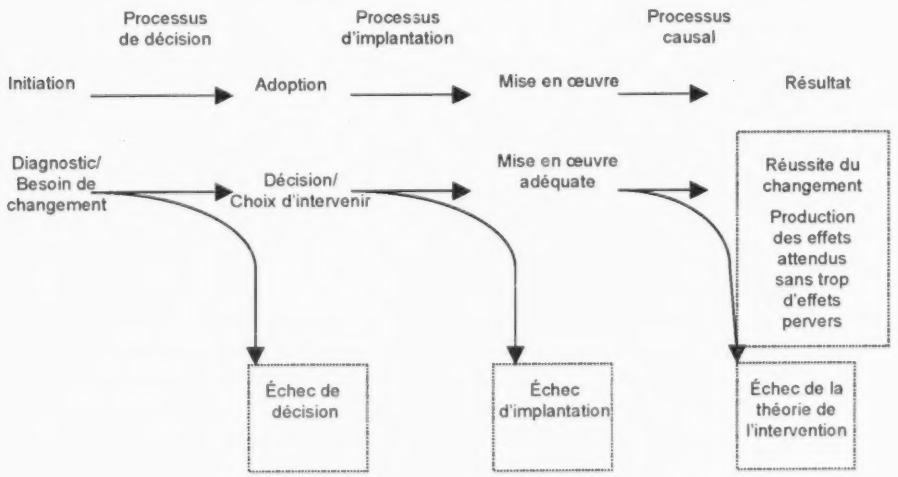
L'implantation de réformes dans les organisations de santé au Canada

L'expérience des systèmes et des organisations de santé au Canada dans l'implantation de changement est évidemment très variée. Certains changements au cours des quinze dernières années ont été des échecs misérables et d'autres des succès importants.

À la Figure 2, nous avons complété (inspiré des travaux de Carol Weiss, 1972) la description précédente du processus de changement en ajoutant aux échecs de décision et aux échecs d'implantation un troisième type possible d'échec, celui de la théorie de l'intervention (du changement). Ainsi, un changement peut être réussi lorsque les effets attendus sont obtenus sans être accompagnés d'effets pervers trop importants; on peut assister 1) à un échec de décision lorsque le besoin ressenti de changement n'amène pas la décision de le réaliser; 2) à un échec d'implantation lorsque la décision d'intervenir ne mène pas à une mise en œuvre adéquate du changement; 3) à un échec de la théorie de l'intervention lorsqu'une mise en œuvre adéquate ne permet pas de produire les effets attendus.

Il serait fort intéressant d'analyser les efforts de réforme des systèmes de santé au Canada au cours des quinze dernières années pour identifier les réussites et les différents types d'échec. Ce relevé exhaustif dépasse largement le cadre de la présente étude. Nous nous bornerons à en fournir, de façon préliminaire et incomplète, quelques exemples.

Figure 2
Les cheminements possibles du changement



Les échecs de décision

La réforme de la première ligne et l'intégration verticale des soins autour de la première ligne est certainement l'un des échecs de décision majeurs dans le système de santé canadien. On connaît depuis au moins 30 ans l'importance de la structuration du système axé sur la première ligne. Le rapport Castonguay (1971) au Québec en faisait le premier principe d'organisation du système. Le rapport Hastings (1972) allait dans ce sens de façon convaincante. Depuis, tous les rapports de commissions d'enquête ont repris cette notion. Au Québec, le rapport Clair en 2001 en fait encore sa principale recommandation. Bien que celle-ci ait (bien sûr) fait consensus, rien n'a encore été décidé hormis la tenue d'une expérimentation à petite échelle qui devait débuter à l'été 2001, mais qui n'est toujours pas amorcée (et qui n'est pas prêt de l'être) un an plus tard...

La nécessité de l'abandon du mode de paiement à l'acte des médecins fait aussi consensus parmi les chercheurs. Toutes les études ont montré les effets pervers de ce mode de paiement et les avantages de modes tels la capitation, le paiement au cas, ou le salariat modulé. Bien que des expériences de mécanismes alternatifs de paiement aient été mis en place dans des contextes bien particuliers, aucun gouvernement n'a encore osé s'attaquer à cette source importante d'inefficience du système.

Les échecs d'implantation

L'implantation de la régionalisation varie d'une province à l'autre mais, en général, elle ne correspond pas aux attentes. C'est, de façon évidente, le cas en Ontario mais aussi au Québec où elle en est venue à prendre la forme dénaturée d'une déconcentration de l'appareil technocratique provincial loin de l'idéal démocratique original. De façon similaire et interreliée, la participation des usagers à la gestion et à l'orientation du système n'a jamais non plus vraiment été implantée.

Malgré le discours officiel, les CLSC au Québec n'ont jamais reçu les ressources nécessaires à l'exécution des fonctions et des rôles qui leur sont en principe dévolus. Les sages-femmes, et particulièrement les infirmières cliniciennes, n'ont jamais non plus reçu le soutien et les moyens nécessaires à l'implantation à plus large échelle de leurs pratiques.

Les échecs de la théorie d'intervention

Les fusions généralisées d'hôpitaux au cours des dernières années sont certainement un exemple probant d'un échec de la théorie d'intervention. Bien que dans, certains cas particuliers, les fusions pouvaient être avantageuses (Brousselle, Denis et Langley 1999), nombre d'autres étaient probablement injustifiées, entraînant des dysfonctionnements (prévisibles) importants sans réduction notoire des coûts ni hausse de l'efficience (McKee et Healy 2002). Cette situation n'est pas exclusive au secteur de la santé. Elle a aussi prévalu dans le monde des affaires et entraîné les mêmes résultats souvent désastreux (*The Economist* 1997b).

L'introduction d'un co-paiement pour les bénéficiaires de l'assurance-médicaments au Québec en 1996 était aussi contraire à l'évidence scientifique. Comme on aurait pu le prédire, ce changement a amené une hausse significative des visites à l'urgence et un ensemble de résultats défavorables sur le plan de la santé (hospitalisation en soins aigus, admissions en soins prolongés, décès) (Tamblyn et coll. 2001).

Les changements réussis

L'introduction de l'assurance-hospitalisation par le gouvernement fédéral suite au rapport Hall (1964) doit certes être considérée comme une réussite.

L'opération majeure de réduction (« downsizing ») des ressources humaines et matérielles des systèmes de santé dans les provinces canadiennes depuis une dizaine d'années a certainement réussi, en ce sens qu'on peut observer une diminution impressionnante du nombre d'hôpitaux et surtout du nombre de lits. Dans l'ensemble du Canada, on a éliminé le tiers des lits (32,2 p. 100), toutes catégories confondues, entre 1987 et 2001. Sans se prononcer sur l'impact de ces changements sur la production et l'utilisation des services et sur la santé de la population, on peut affirmer que cette transformation majeure du système a été réussie.

Les déterminants organisationnels du changement

Que connaît-on des déterminants de la réussite de l'implantation du changement dans les organisations? En termes de cheminements possibles du changement examinés précédemment (Figure 2), quels sont les facteurs qui contribuent à la réussite/l'échec de décision, à la réussite/l'échec d'implantation, et à l'échec de la théorie d'intervention? La recherche et les écrits en gestion ont surtout porté sur le processus d'implantation. Nous examinerons donc tout d'abord les déterminants de la réussite/l'échec d'implantation. Nous aborderons ensuite les déterminants des deux autres types d'échec.

Les déterminants des échecs d'implantation

La notion de changement est vaste et floue et elle évolue dans le temps selon les approches, les modèles ou les théories en vigueur. De plus, le changement peut être considéré comme un concept générique associé à des concepts plus spécifiques tels l'innovation, la transformation ou la réforme, qu'on peut vouloir ou non distinguer selon les circonstances. En termes d'implantation, nous croyons qu'il s'agit véritablement de variations sur un même thème que nous considérerons sans distinction.

De façon générale, la notion de changement évoque l'idée d'une modification, circonscrite dans le temps et l'espace, d'un ou de plusieurs paramètres organisationnels. On parle donc d'un processus de transformation qui ponctue le processus d'évolution naturelle des organisations (Guilhon 1998). La conceptualisation des paramètres qu'une organisation peut ainsi changer varie aussi selon les auteurs. Guilhon (1998) parle de transformation des structures et des compétences. Miller, Breenwood et Hinings (1999) voient le changement comme une réorientation de la stratégie, de la structure ou de la culture. Mintzberg, Ahlstrand et Lampel (1999) avancent que le changement peut porter sur la stratégie, c'est-à-dire la vision, la position, les programmes et les produits et sur l'organisation, c'est-à-dire la culture, la structure, les systèmes et le personnel. Selon la documentation sur l'innovation, on peut aussi concevoir le changement comme l'introduction d'une idée ou d'un comportement nouveau pour l'organisation (Hage 1980, 1999; Hage et Aiken 1970; Zaltman, Duncan et Holbek 1973; Zammato et O'Connor 1992; Damanpour 1988, 1991). Il peut s'agir d'un produit, d'un service, d'une technologie, d'un programme, d'une politique ou d'un processus.

La plupart des auteurs font une distinction importante entre les changements qui entraînent des transformations fondamentales importantes et les changements plus mineurs, qui se situent à la marge. Ainsi, Hage (1999), Damanpour (1991) et plusieurs autres différencient les changements radicaux et les changements incrémentiels; Grossman (1970) parle de changement ultime *c.* instrumental; Normann (1971) de réorientation *c.* variation; et Nord et Tucker (1987) de changement radical *c.* de routine. D'autres auteurs (Miller et Friesen 1984; Tushman et Romanelli 1985; Greenwood et Hinings 1996) considèrent plutôt deux dimensions en différenciant les changements selon leur importance et selon leur rythme. Ainsi, il y a les changements radicaux, qui supposent des transformations majeures, des réorientations importantes et les changements convergents qui sont plutôt des ajustements, qui demeurent proches de la situation actuelle et ne comportent pas de transformation véritable. Ils distinguent

Figure 3
Types de changement

Critère de distinction	Types de changement		
L'importance	Radical (ultime, réorientation, transformation)	c.	Convergent (instrumental, variation, routine)
Le rythme	Évolutif (incrémentiel)	c.	Révolutionnaire
L'intentionnalité	Délibéré	c.	Émergent
La formalisation du processus	Formel	c.	Informel

aussi les changements évolutifs (graduels, à petit pas, incrémentiels) des changements révolutionnaires, brusques et soudains. Suivant Mintzberg, Ahlstrand et Lampel (1998, 1999), on pourrait aussi faire une distinction entre différents types de changements selon l'intentionnalité; il y aurait alors les changements délibérés et les changements émergents, spontanés et selon la formalisation au processus de changement (formel *c.* informel). Ces distinctions sont résumées à la Figure 3. La distinction selon le rythme est sans aucun doute la plus débattue, certains auteurs étant d'avis que seules les approches révolutionnaires peuvent produire de véritables changements (Miller et Friesen 1984; Gersick 1991). D'autres insistent au contraire sur la nécessité de procéder à petit pas, de façon incrémentielle (Hafsi 1995), ou encore préconisent, par analogie aux modèles d'évolution humaine selon un processus d'équilibre ponctué (Eldredge et Gould 1972), la nécessité d'allier des périodes de changements radicaux et brusques à des longues périodes de changements graduels (Abrahamson 2000; Hamel 2001).

Nous pensons que ces distinctions, quoique conceptuellement fort utiles pour réfléchir aux processus et aux choix de processus d'implantation, ont en pratique des conséquences limitées quant aux déterminants de la réussite/l'échec de l'implantation et de ses effets. En effet, les organisations sont des systèmes complexes d'action qui, selon la théorie générale des systèmes, ont des propriétés d'équifinalité et de multifinalité (Katz et Kahn 1966; Maruyama 1968). Ainsi, les changements dans de tels systèmes complexes sont aussi équifinaux et multifinaux (Ramaprasad 1982; Nord et Tucker 1987). L'équifinalité réfère au fait que plusieurs chemins peuvent mener à un état désiré. En d'autres mots, on peut arriver au même résultat en passant par divers changements. Par multifinalité, on entend qu'un même processus, ou changement, peut mener à différents résultats. Concevoir les processus de changement comme équifinaux et multifinaux signifie que l'on accepte à la fois que des effets importants (en termes de transformation, réorientation ou réforme) puissent résulter de changements relativement mineurs et que des changements radicaux et révolutionnaires puissent ne pas avoir d'effets importants.

La question du changement semble être un problème divergent en ce sens que malgré l'abondante documentation à ce sujet, on est encore loin d'un consensus sur les facteurs de réussite ou d'échec et que plus on approfondit la question, plus elle semble complexe. Au cours des dernières années, plusieurs revues sérieuses ont consacré au changement des numéros complets (*Revue Française de Gestion*, sept-oct. 1998; *Gestion*, automne 1999; *Academy of Management Review*, 2000) et plusieurs synthèses ont été publiées sur le sujet (Denis et

Figure 4
Perspectives sur le changement organisationnel

1. Le modèle hiérarchique et rationnel
2. L'approche du développement organisationnel
3. Le modèle psychologique
4. Le modèle structurel
5. Le modèle politique
6. L'approche de la gestion stratégique
7. Les perspectives environnementales externes : approches écologiques et institutionnelles
8. Les approches gurus
9. Le modèle de l'apprentissage
10. Les théories de la complexité

Champagne 1990; Wolfe 1994; Damanpour 1989, 1991; Hage 1999; Demers 1999); toutes s'entendent sur le fait que les résultats des recherches sont variés et souvent incompatibles. Nous croyons que les différents écrits et les travaux de recherche sur le changement peuvent être regroupés selon une dizaine de perspectives (Figure 4)[1]. Toutes ces perspectives co-existent actuellement. Comme l'a démontré Demers (1999), elles ont cependant originé et été prédominantes dans les écrits scientifiques à différents moments. Comme que nous le verrons plus loin, leur popularité dans la presse populaire et auprès des praticiens et celle que leur réserve les chercheurs n'est pas nécessairement concordante. (Miller, Greenwood et Hinings 1999).

Le modèle hiérarchique et rationnel

Selon le modèle hiérarchique, le changement sera implanté adéquatement s'il a été bien planifié et si les procédures planifiées ont été suivies[2]**.** Ce modèle s'appuie sur une vision mécaniste de l'organisation popularisée par les théories classiques du management (Morgan 1986). Cette conception de l'organisation met l'accent sur le contrôle des personnes en situation de travail. La hiérarchie organisationnelle et les contrôles qui s'y rattachent servent à doter les comportements des personnes d'une très forte prévisibilité.

Cette perspective hiérarchique (Majone et Wildavsky 1978) ou de planification rationnelle (Scheirer 1981) représente la conception traditionnelle du changement planifié dans les organisations. Les tenants de cette approche mettent l'accent sur une planification rationnelle et technocratique du changement (Kunkel 1975). Selon ce modèle, l'implantation d'un changement dépend principalement des étapes précédentes du processus de planification, c'est-à-dire l'identification du problème, la détermination des options et le choix de la meilleure solution. Le modèle hiérarchique reconnaît aussi que l'exercice d'un contrôle sur les personnes responsables de l'implantation du changement est indispensable (Harrison 1985; Kirkpatrick 1986). La stratégie prescriptive (*edict*) identifiée par Nutt (1986), le modèle autoritaire proposé par Herman-Taylor (1985) et le modèle unitaire de Harrison (1985) sont représentatifs de cette perspective.

Dans l'ensemble, le modèle hiérarchique permet d'identifier une série d'étapes qui, si elles sont bien franchies, devraient assurer le succès d'un changement. Cette approche accorde un rôle clé aux gestionnaires en position d'autorité, qui doivent à la fois décider des changements à apporter, exercer tout au long du processus un contrôle hiérarchique et jouer un rôle de supervision. Selon le modèle hiérarchique et rationnel, les changements sont unifinaux plutôt que multifinaux – tel qu'expliqué plus haut – (c'est-à-dire qu'ils mènent toujours au même résultat s'ils sont effectués de la même façon) et l'environnement est prévisible (Collins 1998). L'introduction du changement sous un mode de « gestion de projet » est une forme populaire de l'approche rationnelle.

Le modèle rationnel et hiérarchique correspond à une approche normative du changement dans les organisations. En effet, il se présente comme un idéal à atteindre (Harrison 1985) mais, à notre connaissance, aucune étude empirique importante n'a été menée pour vérifier sa capacité à expliquer le succès ou l'échec de l'introduction d'un changement dans une organisation.

Bien qu'il y ait eu peu recherche sur son efficacité et qu'il repose sur des postulats qui paraissent simplistes et naïfs, le modèle hiérarchique et rationnel semble avoir une validité apparente (« le bon sens ») et pragmatique assez robuste et il demeure populaire auprès des praticiens et des consultants. Ainsi, dans une série d'articles récents sur les fusions, le magazine *The Economist* attribue le succès des fusions en grande partie à l'envergure et à la systématisation des procédures employées pour les planifier et les programmer[3]. De façon similaire, un article récent paru dans *Academy of Management Executive* (Marks et Mirvis 2001) souligne l'importance de la « préparation psychologique et stratégique » au succès des fusions.

L'approche du développement organisationnel

Selon cette approche, le changement sera un succès si les gestionnaires réussissent à promouvoir des valeurs de participation et de consensus, notamment en améliorant la qualité de vie organisationnelle (Demers 1999).

L'expression « développement organisationnel » réfère à une approche appliquée de gestion favorisée par les consultants dans le domaine de l'administration (Beckhard 1969; French, Bell et Zawacki 1978; Lippitt 1982). De façon générale, le développement organisationnel suggère que le style participatif de gestion, la décentralisation des processus de décision, les programmes d'enrichissement des tâches et les mécanismes favorisant la communication sont garants du succès de l'implantation de changements dans les organisations (Berman 1980; Fullan 1972; Geis 1985; Goodman et Kurke 1982; Herman-Taylor 1985). Cette approche propose, en somme, des mécanismes compensatoires au contrôle hiérarchique pratiqué dans les organisations. « Organizational development is a normative 'bottom up' counter to the rationalist 'top down' strategy » (Scheirer 1981, p. 27).

La perspective du développement organisationnel s'appuie largement sur la conception de l'organisation cohérente proposée par l'École des relations humaines (Séguin et Chanlat 1983). Elle a été développée au cours des années 60 et 70, mais demeure fort populaire auprès des praticiens, des consultants et des gurus du monde des organisations (voir plus loin) bien que, comme pour l'approche précédente, il n'y a eu que très peu de recherche sur son implantation et

son efficacité. Elle met l'accent sur différents aspects des comportements des personnes en situation de travail. Elle s'intéresse à l'organisation informelle de groupes et aux phénomènes de motivation et de solidarité au travail en rapport avec les niveaux de productivité de l'organisation. Dans l'ensemble, le développement organisationnel mise sur la rencontre des besoins des personnes et des groupes en situation de travail en vue de favoriser le fonctionnement optimal de l'organisation. Dans son intervention, cette approche privilégie toutefois le groupe. Elle vise essentiellement, par une analyse de la dynamique intragroupe et intergroupes, à gérer l'organisation informelle en vue de favoriser l'acceptation du changement.

Selon cette approche, le gestionnaire joue trois rôles dans le processus de changement. Il doit 1) communiquer et expliquer efficacement le changement aux membres concernés de l'organisation; 2) agir sur la dynamique de réaction au projet de changement en sollicitant l'expression des perceptions et en identifiant les responsabilités des personnes ou des groupes concernés et les mécanismes de collaboration à instaurer; 3) ajuster la structure des tâches à accomplir et les systèmes de récompense et d'appréciation des performances. L'objectif poursuivi est de minimiser les réactions négatives au changement, les ambiguïtés ou la confusion qui peuvent caractériser ce processus. Le gestionnaire doit donc structurer des activités qui mènent à une analyse et à une transformation des dynamiques suscitées spontanément par l'introduction d'un changement. Ce processus doit culminer dans une modification des normes de fonctionnement des groupes de façon à favoriser le changement.

Selon ce modèle, les obstacles au changement peuvent provenir de plusieurs sources : d'une transmission mauvaise ou insuffisante de l'information, du maintien d'une perception négative du changement, d'une confusion entourant les rôles et les responsabilités des personnes ou des groupes impliqués dans le processus, de l'absence ou du manque de mécanismes de collaboration et de l'inadéquation entre le contenu des tâches et des systèmes d'évaluation et de récompenses et les caractéristiques du changement.

L'efficacité du gestionnaire à favoriser le changement dépend largement de sa capacité à saisir les réactions des membres de l'organisation et à intervenir rapidement pour éviter le renforcement de normes de fonctionnement opposées au changement.

Enfin, retenons que le succès de cette approche dépend de la capacité de l'organisation à générer un consensus autour des objectifs poursuivis par le changement (Elmore 1978). L'élaboration de mécanismes favorisant des rapports positifs et non conflictuels entre les membres d'une organisation doit permettre d'éliminer les tensions qui risquent de nuire à la solidarité intra-organisationnelle. Plusieurs chercheurs ont tenté de synthétiser les résultats des recherches sur l'efficacité des interventions de développement organisationnel. Leurs estimations du taux de succès de telles interventions varient de 38 p. 100 (Porras et Robertson 1992) à 50 p. 100 (Porras et Berg 1978) à plus de 80 p. 100 (Golembiewski, Proehl et Sink 1982; Katzell et Guzzo 1983).

Le modèle psychologique

Cette approche met l'accent sur la réaction des personnes face au changement. *Un changement sera implanté adéquatement si l'on réussit à vaincre les résistances naturelles des personnes.*

Depuis le célèbre article de Coch et French (1947), nombre de recherches et d'articles ont été consacrés aux réactions négatives ou défensives des personnes face aux changement. Cette perspective psychologique sur le changement dans les organisations est cohérente avec la documentation sur le changement des attitudes et la relation attitudes-comportements (Fishbein et Ajzen, 1975). Ce modèle propose une relation séquentielle entre les croyances, les attitudes, les intentions et les comportements. Par conséquent, il convient de supposer que les croyances et les attitudes influenceront la propension des personnes à accepter le changement planifié.

Mais quels sont donc les facteurs qui influencent les croyances, les attitudes et la résistance des personnes? Les théories à ce sujet sont multiples et variées (Bareil et Savoie 1999). Certains mettent l'accent sur des considérations psychanalytiques liées aux mécanismes de défense (Kets de Vries et Miller 1985), sur la peur de perdre quelque chose d'acquis et de satisfaisant (Kotter et Schlesinger 1979; Scott et Jaffe 1992) ou sur la personnalité (Collerette, Delisle et Perron 1997).

Les études sur les facteurs explicatifs de la résistance des personnes n'ont pas mené à des modèles qui permettraient de prédire dans quelles conditions se manifestera la résistance et quels processus d'implantation permettraient de les contrer. Ainsi, une autre série de travaux a plutôt porté sur l'élaboration de modèles processuels ou de transition (Bridges 1991) visant à comprendre et, éventuellement, à modifier les cheminements des personnes en vue d'accepter (et donc implanter) le changement[4]. Le modèle le plus connu est certainement celui de Lewin (1952), repris et développé par Schein (1969, 1980). Ce modèle propose un processus cognitif en trois phases : décristallisation (dégel), déplacement et recristallisation (regel). D'autres modèles proposent des processus socio-émotionnels dont le nombre d'étapes varie et qui comportent des phases telles le déni, la tristesse, la culpabilité, la colère, la confusion, l'engagement, etc. (Scott et Jaffe 1992; Perlman et Takacs 1990). Bareil et Savoie (1999) proposent un modèle qui tente de conjuguer les approches cognitives et socio-émotionnelles et qui comporte quatre phases : choc, résistance, exploration et implication. Enfin, le modèle développé par Hall, George et Rutterford (1986) est basé sur la théorie des phases de préoccupation et il postule que le processus de changement constitue une suite de préoccupations (ou d'interrogations, de questionnements) pour les personnes et que les gestionnaires peuvent tenter d'y répondre en accompagnant les personnes à travers ces phases de préoccupation.

Argyris (1982, 1984, 1985a, 1985b, 1987) et Argyris, Putnam et McLain-Smith (1985) ont contribué significativement à élargir les fondements théoriques sous-jacents à l'approche psychologique. La théorie de l'action élaborée par Argyris propose un cadre pour identifier les postulats qui régissent les comportements des personnes ou des groupes au sein de l'organisation et pour formuler des stratégies visant à modifier les actions qu'ils posent.

Selon le modèle d'Argyris, le processus de production du changement dans une organisation est analogue à un processus d'apprentissage. Le rôle du gestionnaire se résume à celui d'un agent facilitateur des apprentissages. Plus précisément, le modèle psychologique situe la motivation au changement dans des situations organisationnelles complexes et caractérisées par l'ambiguïté. Cette situation initiale est interprétée par les personnes en fonction des théories en usage, c'est-à-dire, un système de réponses apprises et appliquées automatiquement aux situations nouvelles sans que leur pertinence soit remise en cause. Le rôle du gestionnaire consiste alors à faciliter l'élaboration d'un cadre favorable à l'apprentissage. Pour ce faire, les erreurs commises par des personnes dans l'organisation doivent servir à identifier les occasions d'apprentissage plutôt que de faire l'objet de sanctions. De plus, l'organisation doit faire en sorte que chaque personne ait suffisamment d'autonomie pour s'engager dans un processus d'apprentissage.

L'élaboration d'un contexte favorable à l'apprentissage nécessite la mise en œuvre de stratégies visant à accroître la responsabilité, l'initiative et la propension des personnes à discuter avec les autres membres de l'organisation des difficultés créées par la nouvelle situation. Il s'agit essentiellement de rendre publics les dilemmes auxquels fait face la personne. Cette étape permet par la suite de définir collectivement des pistes d'expérimentation et de recherche d'information en vue de résoudre la situation problématique.

Comme nous le verrons plus loin, les modèles basés sur l'apprentissage ont depuis une dizaine d'années été étendus au niveau organisationnel plutôt qu'individuel (ou psychologique) et ils figurent aujourd'hui parmi les modèles de changement prédominants dans les milieux de la recherche.

Le modèle structurel

L'approche structurelle a fait l'objet de plusieurs études sur le changement depuis une trentaine d'années. *Selon la perspective structurelle, les organisations qui réussissent à implanter avec succès un changement se distinguent des autres par leur structure et par leur capacité d'adapter leur structures aux exigences du changement.*

Plus précisément, le succès de l'implantation du changement semble influencé par une série de caractéristiques ayant trait 1) aux attributs organisationnels tels la taille, la centralisation, la formalisation, le niveau d'expertise, etc. (Bennis 1966; Burns et Stalker 1961; Hage 1985; Hage et Aiken 1970; Harvey et Mills 1970; Moos 1983; Pierce et Delbecq 1977; Thompson 1965; Zaltman, Duncan et Holbeck 1973); 2) au contexte organisationnel, c'est-à-dire, entre autres, à l'incertitude environnementale, au degré de concurrence, à l'aisance organisationnelle, au degré d'urbanisation, etc. (Harvey et Mills 1970; Pierce et Delbecq 1977; Shortell 1983); 3) aux attributs des gestionnaires tels le siège du contrôle (*locus of control*), l'attention accordée à l'innovation, l'orientation cosmopolite ou locale (Shortell 1983; Miller 1983; Pierce et Delbecq 1977; Thompson 1965).

Cette perspective structurelle du changement est issue des travaux précurseurs de Burns et Stalker (1961) qui ont popularisé l'idée que les organisations de forme organique (peu formalisées, décentralisées, flexibles et participatives) pouvaient plus facilement s'adapter et s'approprier des innovations et des changements. Cette idée a été renforcée depuis et elle a été

reprise et appliquée de toutes sortes de façons, par exemple dans *In Search of Excellence*, ouvrage désormais classique de Peters et Waterman (1982). De façon plus générale, l'importance des déterminants structurels du changement a été soulignée à plusieurs reprises (Damanpour 1987, 1991; Kim 1980; Kimberley et Evanisko 1981; Scheirer 1981; Hage 1999).

De plus, suivant la théorie de la contingence (Lawrence et Lorsch 1967), l'approche structurelle situe aussi la capacité de changement d'une organisation dans l'adaptabilité de sa conception (*design*), c'est-à-dire dans un amalgame de décisions touchant la spécialisation, la formalisation, la taille des unités et sous-systèmes, le principe de regroupement (fonctionnel et marché), la centralisation, les mécanismes de liaison entre unités et l'intensité de la planification et du contrôle (Mintzberg 1979; Jelinek 1986). Ces décisions sont prises par rapport à une ensemble de facteurs environnementaux et technologiques (Jelinek 1986; Jelinek, Litterer et Miles, 1986). Dans l'ensemble, la conception doit refléter un ajustement (*fit*) aux différentes contraintes qui pèsent sur l'organisation. L'enjeu majeur que pose cette perspective est la détermination d'une structure appropriée et efficace qui conserve suffisamment de flexibilité pour réagir aux changements de l'environnement.

La transformation du *design* de l'organisation témoigne en somme d'une incorporation structurelle du changement. En effet, selon ce modèle, l'organisation qui répond positivement au changement se modifie afin d'éliminer cette source de pression externe. Le changement est dans un sens « routinisé » (Yin 1981), c'est-à-dire qu'il aura par la suite des répercussions importantes sur le fonctionnement de l'organisation et sur la manière dont elle s'acquittera de ses tâches et de ses fonctions.

Dans une perspective structurelle, le rôle du gestionnaire se résume à celui de réorganisateur. Il opère des réorganisations pour répondre à de nouvelles contraintes ou à des occasions résultant de modifications importantes à certains facteurs situationnels. Il doit donc porter une attention particulière aux transformations qui se produisent au niveau de ces facteurs. Bien qu'il soit assez clair que les variables structurelles soient associées à la capacité d'implanter le changement, le succès de la manipulation de la structure de l'organisation dans le but spécifique de faciliter le changement, tel que le propose la réingénierie par exemple, semble produire des taux de succès variant entre 30 p. 100 (Hall, Rosenthal et Wade 1993) et 70 p. 100 (Jarrar et Aspinwall 1999).

Le modèle politique

Le modèle politique est issu de façon générale d'une perspective critique dialectique (Benson 1983), ouverte et naturelle (Scott 1981) en analyse des organisations. *Selon cette approche, l'adoption et l'implantation de changements sont considérées comme des jeux de pouvoir organisationnel dont le résultat constitue un ajustement aux pressions internes et externes* (Harrison 1985). L'accent est mis sur l'analyse des stratégies des différents acteurs et sur leurs interactions (Barley 1986; Crozier 1963; Crozier et Friedberg 1967; Allison 1971; Braybrooke et Lindblom 1963; March 1962, 1981; Pfeffer 1981; Scheirer 1981; Hage 1999; Friedberg 1993; Champagne et coll. 1991; Courpasson 1998; Carnall 1986; Deber et Leatt 1986; Dyer et Page 1988; Elmore 1978; Gray et Aris 1985; Hasenfeld 1980; Majone et Wildavsky 1978; Moos 1983; Pettigrew 1975, 1977, 1985; Robey 1984; Wilson 1966). Le processus de changement est marqué par une négociation continue entre les intérêts des différents acteurs

en cause (Harrison 1985). Les difficultés liées à l'implantation d'une changement ne dépendent donc pas, selon l'approche politique, d'une inefficacité du processus de planification ou du système de contrôle, mais plutôt de la poursuite d'intérêts particuliers par des acteurs influents au sein de l'organisation.

Selon le modèle politique, les acteurs internes et externes de l'organisation ont des stratégies plus ou moins cohérentes avec les caractéristiques du changement proposé. Le degré de cohérence entre les finalités du changement et le projet stratégique d'un groupe ou d'un acteur détermine le soutien qu'il accorde au changement. Toutefois, ce sont les acteurs qui contrôlent les bases de pouvoir importantes de l'organisation qui vont influer sur le processus de changement. La dynamique d'interaction des stratégies des acteurs et leurs sources respectives d'influence au cours de ce processus vont déterminer le degré d'implantation du changement. Pour l'approche politique, le succès du changement dépend largement du soutien accordé par les acteurs ou les groupes exerçant des contrôles importants dans l'organisation, notamment le contrôle des ressources, selon la théorie de la dépendance à l'égard des ressources (Pfeffer et Salancik 1974, 1978).

Le rôle du gestionnaire dans un processus politique de changement en est un principalement de mobilisateur et de négociateur. Il doit, après analyse des stratégies des acteurs et identification des groupes les plus influents, chercher à gagner l'appui des membres externes ou internes de l'organisation qui marqueront le plus le processus de changement. Il faut qu'il mobilise ces groupes en faveur du changement. Dans ce but, et selon leurs résistances, il est appelé à négocier, c'est-à-dire à démontrer les avantages que pourront retirer les acteurs influents s'il y a introduction du changement.

Certains éléments peuvent faciliter l'obtention d'appuis au changement proposé. Le gestionnaire peut manifester concrètement son soutien au changement en choisissant d'y investir des ressources importantes et en faisant bénéficier les groupes qui appuient le projet d'un apport de ressources. Il peut aussi insister, malgré le changement, sur la stabilité de l'organisation, minimisant ainsi le risque que se développent de fortes résistances à l'innovation.

Dans une perspective politique, le gestionnaire doit donc prendre des initiatives qui canalisent les forces politiques vers un appui au changement. Cette dynamique peut aussi modifier de façon substantielle un projet de changement.

L'approche de la gestion stratégique

Toutes les approches précédentes ont en commun une conceptualisation du changement en tant que processus principalement incrémentiel et évolutif. Au début des années 80, les chercheurs ont remis en question cette vision du changement en tant qu'adaptation graduelle et ils ont commencé à voir le changement comme un processus discontinu et révolutionnaire (Demers 1999; Allaire et Firsirot 1985; Miller et Friesen 1984; Greenwood et Hinings 1988).

Selon cette approche, l'implantation du changement sera un succès si des dirigeants stratèges réussissent à transformer de façon radicale la culture, la stratégie et la structure d'une organisation suite à des situations de crise et de turbulence.

Les organisations sont perçues comme étant fortement intégrées, difficiles à changer, très résistantes et résilientes. Des changements soudains et imprévus dans l'environnement forcent les dirigeants, malgré tout visionnaires, à entreprendre des transformations globales de l'organisation qui les amènent à adopter une nouvelle configuration culture-stratégie-structure. Ces changements sont risqués et coûteux (Demers 1999). Ils doivent être radicaux et révolutionnaires pour briser l'inertie et réduire les coûts de transition (Miller et Friesen 1984).

Les perspectives environnementales externes : approches écologiques et institutionnelles

Nous étudions ici deux modèles assez différents : la théorie écologique et la théorie institutionnelle. *Selon ces deux perspectives, les principales sources de changement et les facteurs déterminants du succès de l'implantation résident dans l'environnement externe de l'organisation.* Dans les deux cas, la stratégie est principalement émergente (plutôt que planifiée) mais radicale et globale. La capacité des dirigeants à mettre en œuvre leur stratégie est limitée (Demers, 1999).

Selon la théorie écologique, les dirigeants sont gênés par l'inertie de l'organisation (Hannan et Freeman 1984; Singh et coll. 1986). À cause de cette inertie, le principal mécanisme de changement ne sera pas la transformation de l'organisation mais son remplacement, c'est-à-dire la création d'une nouvelle forme organisationnelle (Baum 1996). L'adaptation au changement se fait donc par un processus de sélection environnementale. Ainsi, dans un récent article fort percutant et convaincant, Christensen, Bohmer et Kenagy (2000) font valoir qu'une cause importante du dysfonctionnement des systèmes de santé des pays industrialisés est l'échec de l'adoption de changements qu'ils qualifient de « perturbants » (*disruptive*). Ces changements sont des remplacements de façons de faire complexes et coûteuses par de nouvelles façons de faire radicalement plus simples, moins élaborées et moins compliquées, mais répondant à la demande de façon adéquate et appropriée. Ils sont à ce point radicaux qu'ils doivent presque inévitablement venir de nouveaux joueurs. Ainsi, plutôt que de tenter de transformer les hôpitaux et les médecins, on devrait laisser le système se réinventer et se transformer par l'introduction de nouveaux types d'organisations et de professionnels.

Selon la théorie institutionnelle (DiMaggio et Powell 1983; Powell et DiMaggio 1991; Scott 1987), les dirigeant sont contraints par l'environnement institutionnel. Les organisations doivent répondre aux normes et aux attentes de leur environnement institutionnel pour recevoir la légitimité et le soutien nécessaire à leur fonctionnement et à leur survie. Les changements sont donc dictés par les normes institutionnelles. Les organisations partageant le même environnement adoptent les mêmes pratiques (Meyer et Rowan 1977). Les organisations de santé sont soumises à des environnements institutionnels (associations professionnelles, fondations, système juridique, technocratique, gouvernemental) particulièrement forts (Ruef et Scott 1998; Scott et coll. 2000; Alexander et D'Aunno 1990).

Récemment, plusieurs auteurs ont proposé une vision néo-institutionnelle du changement en alliant les perspectives institutionnelles et politiques : les institutions influent sur les arrangements organisationnels, mais les acteurs clés articulent et implantent les changements (Greenwood et Hinings 1996; Fligstein 1991; Brint et Karabel 1991).

Les approches gurus

Le phénomène des gurus ou maîtres à penser a pris une ampleur considérable dans le domaine de la gestion depuis une dizaine d'années. Il n'est pas étonnant que le thème du changement soit un de leurs sujets favoris. Celui qui réussirait à élaborer la formule magique pour l'implantation du changement verrait s'ouvrir un marché énorme en termes de consultation et de vente d'ouvrages populaires!

Les gurus sont, par définition, normatifs. Ils indiquent la voie à suivre. Leurs écrits sont parfois assez bien ancrés dans la recherche empirique scientifique, certains ayant une double identité d'universitaire; d'autres justifient leurs prescriptions par leur propre expérience au niveau de la consultation ou par leurs travaux de « recherche » (non publiés par ailleurs). À part leur caractère normatif, qu'ont-ils en commun?

Selon les gurus, le changement est normal, inévitable, urgent et il peut être géré par des leaders compétents et efficaces. Les recettes de compétence dans la gestion du changement représentent en fait des jumelages variés de plusieurs des modèles de changement décrits précédemment et sur chacun desquels les auteurs peuvent mettre un accent différent. Si l'on synthétise les perspectives des gurus, globalement les leaders doivent être entrepreneurs, visionnaires, stratèges, aventureux et à l'affût des crises et des occasions (modèle de gestion stratégique). Ils doivent être prévoyants et programmer et planifier le changement avec soin et attention (modèle rationnel). Ils doivent être des leaders charismatiques, fins psychologues capables de vaincre les résistances de leurs troupes (modèle psychologique). Ils doivent être humains, favoriser la participation et habiliter les opérateurs (modèle de développement organisationnel). Ils doivent privilégier des structures souples, flexibles, pouvant s'adapter facilement aux contingences (approche de contingence structurelle). Enfin, ils doivent être habiles négociateurs afin de mettre en place des coalitions gagnantes (modèle politique)[4].

Dans un article fort intéressant qui compare les approches normatives et les approches empiriques du changement, Miller, Greenwood et Hinings (1999) précisent que ces deux ensembles de travaux diffèrent de façon fondamentale sur quatre points. Premièrement, l'école normative adopte une vue parcellaire des organisations, considérant implicitement que des changements peuvent être apportés à certains procédés ou à certaines pratiques indépendamment des autres. Cette vision des organisations comme système souple se distingue de la vision configurationnelle des organisations préconisée par les chercheurs, où les objectifs, les politiques et le fonctionnement de l'organisation sont étroitement liés et où le changement d'un élément affecte tous les autres. Deuxièmement, les écrits normatifs reposent sur une vision rationnelle de la prise de décision où les décideurs possèdent l'information, les capacités et les ressources pour prendre des décisions réfléchies et rationnelles. Les chercheurs ont depuis longtemps abandonné cette illusion. Troisièmement, bien que certains écrits normatifs introduisent la négociation politique dans le processus de changement, ils le font dans une perspective toujours

fonctionnaliste qui minimise la force des intérêts divergents et la présence de conflits. Enfin, la perspective institutionnelle est absente des écrits normatifs et le rôle de l'environnement et des contextes social, politique, institutionnel et économique est généralement ignoré ou minimisé.

L'apprentissage organisationnel

Depuis quelques années, la vision du changement en tant qu'événement imprévu, occasionnel, dramatique qui prévalait auparavant a cédé la place à une vision plus fataliste : la seule chose prévisible, c'est le changement (Demers 1999). Le changement est inévitable; c'est un événement quotidien.

Selon ce modèle, le changement sera implanté avec succès si l'on réussit à mettre de l'avant un processus d'apprentissage collectif basé sur l'expérimentation, l'essai et l'erreur.

On a vu plus haut que selon une variante du modèle psychologique proposé par Argyris et Schön (1978), les personnes apprennent en modifiant leurs structures cognitives. L'accent est mis sur la formation des personnes à l'apprentissage. Ici, ce sont les organisations qui apprennent à travers l'action collective et en exploitant la somme des connaissances disponibles au sein de la collectivité (Cohen et Levinthal 1990; Fiol 1994, 1996; Huber 1991; Nonaka 1994). Le changement est l'affaire de tous et le dirigeant est un agent de changement parmi d'autres (Demers 1999). Son rôle est de faciliter le changement en stimulant les initiatives de tous les acteurs concernés. Le leadership est collectif et l'ensemble des acteurs se partagent les rôles de façon différenciée mais complémentaire. Le changement dépend donc ici d'un processus complexe, difficile à contrôler, impliquant un ensemble d'acteurs pouvant jouer différents rôles à différents moments.

Les théories de la complexité

Les approches les plus récentes à l'étude du changement organisationnel s'inspirent des théories du chaos et de la complexité (Gleick 1987; Waldrop 1992). Les organisations sont ici des systèmes complexes, dynamiques, adaptatifs, oscillant entre ordre et désordre.

Selon les théories de la complexité (Simon 1996; Anderson 1999), le comportement de systèmes complexes peut être très sensible et influencé par de petits écarts initiaux. Les systèmes complexes tendent à s'auto-organiser, ce qui signifie qu'à partir d'un état aléatoire, ils évoluent normalement vers l'ordre plutôt que le désordre. Des processus complexes peuvent résulter, émerger de l'action d'agents qui suivent des règles relativement simples.

Plusieurs auteurs ont proposé de concevoir les hôpitaux comme des « systèmes d'adaptation complexes » (Stacey 1996, McDaniel 1997; Ashmos, Huonker et McDaniel 1998; Peirce 2000; Ashmos, Duchon et McDaniel 2000; Anderson et McDaniel 2000). Selon ce modèle, une organisation confrontée à un environnement turbulent devrait, plutôt que de chercher l'ordre et la simplicité, tendre à se *complexifier* en termes d'organisation interne puisque la probabilité d'adaptation augmente si la diversité interne correspond à la diversité externe à laquelle fait face l'organisation. La complexification des arrangements internes implique une plus grande

participation des membres de l'organisation à la prise de décision et de meilleures interconnections entre les sous-unités de l'organisation.

Dans un hôpital, cela signifie que les professionnels qui produisent des services et non seulement les médecins gestionnaires devraient être impliqués dans une grande variété de décisions (McDaniel et Ashmos 1986; Anderson et Ashmos 1992; Shortell, Morrison et Friedman 1990; Blair et Fottler 1990; Ashmos, Huonker et McDaniel 1998; Anderson et McDaniel 2000). Cette participation accrue non seulement augmente l'information disponible et la capacité de la traiter, mais elle permet aussi, selon la théorie de la complexité, d'améliorer la capacité de l'organisation, de lui donner un sens (McDaniel 1997; Ashmos, Huonker et McDaniel 1998).

Le modèle de système d'adaptation complexe implique aussi que la lourdeur d'action des organisations professionnelles complexes peut être atténuée par la qualité des interconnections entre les composantes de l'organisation. Selon la théorie de la complexité, plus le nombre de connections aléatoirement distribuées augmente, plus les organisations sont capables de variété au niveau de leur comportement et donc d'adaptation (Stacey 1996; Granovetter 1973; Ashmos, Huonker et McDaniel 1998).

En somme, selon les théories de la complexité, *le changement sera encouragé en favorisant la complexification de l'organisation interne, la communication et la participation, de façon à stimuler l'auto-organisation, l'adaptation à la diversité environnementale et l'apprentissage* (Lichtenstein 2000).

Les deux dernières et plus récentes perspectives sur le changement organisationnel, soit les théories de l'apprentissage et de la complexité, sont en fait interreliées et fortement cohérentes. Elles conçoivent le changement de façon globale et intégrée et considèrent qu'il fait partie de la réalité quotidienne des organisations (Demers 1999). Le processus de changement est collectif. Les gestionnaires sont des agents de changement parmi d'autres. Le processus n'est jamais vraiment sous contrôle. Le changement est à la fois délibéré et émergent. Les organisations apprennent à travers l'action. La complexité favorise l'apprentissage.

Les déterminants des échecs de décision

Qu'est-ce qui explique la situation très prévalente où l'on sait ce que l'on devrait faire mais on ne le fait pas? Très peu de chercheurs se sont penchés sur cette question.

Premièrement, on sait depuis longtemps que la prise de décision en situation complexe ne peut être parfaitement rationnelle (Simon 1945). Cette rationalité est restreinte par les limites aux processus cognitifs humains et par la présence et l'interaction de multiples acteurs, valeurs et enjeux. De fait, la plupart des situations de décision dans les organisations complexes impliquent de multiples acteurs ayant des perspectives et des intérêts variés.

Les échecs de décision peuvent donc être issus, en partie, de l'utilisation de processus de prise de décision non parfaitement rationnels, tels les modèles politiques, où les décisions résulteront de négociations entre acteurs disposant d'une influence variable. L'utilisation d'une approche incrémentielle disjointe (Lindblom 1959) où l'on vise à changer le moins possible le statu quo en éteignant les feux sans jamais véritablement régler les problèmes peut, de même, être une source notoire d'échec de décision.

En plus des multiples influences sur la prise de décision, d'autres facteurs liés aux attitudes et aux comportements des gestionnaires et au contexte organisationnel expliquent peut-être aussi les échecs de décision. Ainsi, Cohen (1998) a affirmé que les échecs de décision (qu'il appelle « paradoxe de la performance ») résultent de trois attitudes et comportements des gestionnaires : la tolérance des piètres performances, l'hésitation à s'attaquer aux causes véritables des problèmes, et l'abdication de leur responsabilité et de leur obligation de rendre compte en faveur de l'adoption de programmes et de solutions « toutes faites ».

Pfeffer et Sutton (1999) évoquent de leur côté le manque de confiance dans la capacité d'apprentissage (et donc de changement) des personnes, la peur de l'échec et la valorisation de la planification/programmation au détriment de l'action.

On pourrait aussi ajouter que l'accent mis sur la performance à court terme et le manque de vision à long terme contribuent aussi certainement à réduire le risque et à faire en sorte que l'on hésite à adopter des changements qui peuvent nécessiter des processus assez long d'implantation et ne pas produire de dividendes à court terme tout en exigeant des investissements et des bouleversements importants. Enfin, le manque de ressources humaines, matérielles et cognitives peut aussi contribuer de façon importante aux échecs de décision.

Les déterminants des échecs de la théorie d'intervention

Le dernier type d'échec du changement se retrouve lorsque le changement est implanté de façon appropriée et adéquate, mais sans que se produisent les effets souhaités.

Il est inévitable que cette situation arrive parfois. Si l'on valorise l'expérimentation et l'apprentissage, on prend forcément des risques, c'est-à-dire qu'on implante des changements dont on connaît mal l'efficacité potentielle[5]. Ces risques peuvent aboutir à un échec.

Le manque de connaissance sur l'efficacité potentielle des interventions est un problème fréquent en gestion. Les connaissances y sont rarement solides à cause de la nature fondamentalement contextuelle de la gestion. La gestion ne peut être dissociée de son contexte. La gestion est celle du contexte. En ce sens, la valeur prescriptive des connaissances dans ce domaine sera toujours limitée. Comme l'écrivait Richard Whitley (1988) :

> The production of scientific knowledge which could form the foundation for managerial skills standardized across different hierarchical arrangements and circumstances seems, then, fraught with difficulties. The variety of managerial practices, their organizationally embedded nature and their susceptibility to change and control by enterprise top managers, render attempts at standardizing managerial problems for solution by

> standardized skills across firms and industries of limited value. (...) In this view, attempts to establish a general "science of managing" which would generate knowledge of highly general relations between limited and standard properties of separate, standard objects are doomed to failure since "managing" is not a standardized activity.

Le plus souvent, cependant, l'échec de la théorie de l'intervention résulte du fait que les gestionnaires prennent des décisions qui ne sont pas conformes aux connaissances. Tel qu'indiqué précédemment, les limites à la rationalité des processus de décision peuvent mener non seulement à des échecs de décision, mais aussi à des échecs de la théorie de l'intervention (c'est-à-dire à l'implantation d'interventions dont on connaît l'efficacité limitée). De plus, les gestionnaires valorisent souvent davantage les connaissances intuitives (Mintzberg 1989), expérientielles et anecdotiques, plus que les connaissances scientifiques. Dans une proportion importante, les décisions en gestion sont prises par initiation de collègues pour lesquels les gestionnaires ont de l'estime.

Ce phénomène de contagion (March 1981) explique en grande partie l'importance des modes suivies en gestion. Contrairement aux connaissances scientifiques, ces modes fournissent aux gestionnaires des solutions relativement simples à des problèmes éminemment complexes, des prescriptions concrètes pour l'action (*The Economist* 1997a; Hilmer et Donaldson 1996; Carson et coll. 2000; Mazza et Alvarez 2000). Cette préférence des gestionnaires pour l'intuition, l'expérience, l'imitation et la mode explique certainement plusieurs échecs d'intervention.

Les enjeux pour faciliter l'implantation du changement dans les organisations de santé au Canada

Nous avons traité de l'omniprésence et, en même temps, de la difficulté du changement dans les organisations. Nous avons aussi vu que les perspectives sur les déterminants des échecs du changement étaient multiples et variées. Nous disposons toutefois de très peu d'évidence scientifique sur leur efficacité relative. Les modèles rationnels et de gestion stratégique ont certainement une bonne validité apparente, mais on ne connaît pas vraiment leur efficacité réelle. Les modèles de développement organisationnel et d'apprentissage individuel (psychologique) ont fait l'objet d'un plus grand nombre d'études et semblent reposer sur des bases solides. Cependant, les évaluations rapportent des taux de succès très variables, indiquant que le pouvoir explicatif et prescriptif de ces modèles reste limité. Les modèles structurels, politiques, écologiques et institutionnels semblent fournir des explications robustes aux échecs d'implantation, mais les enseignements qu'on peut en tirer pour l'action et la gestion du changement demeurent fragiles. Enfin, les modèles de l'apprentissage organisationnel et de la complexité semblent prometteurs et théoriquement bien fondés; ils ont cependant été très peu employés jusqu'ici pour guider l'implantation du changement dans les organisations.

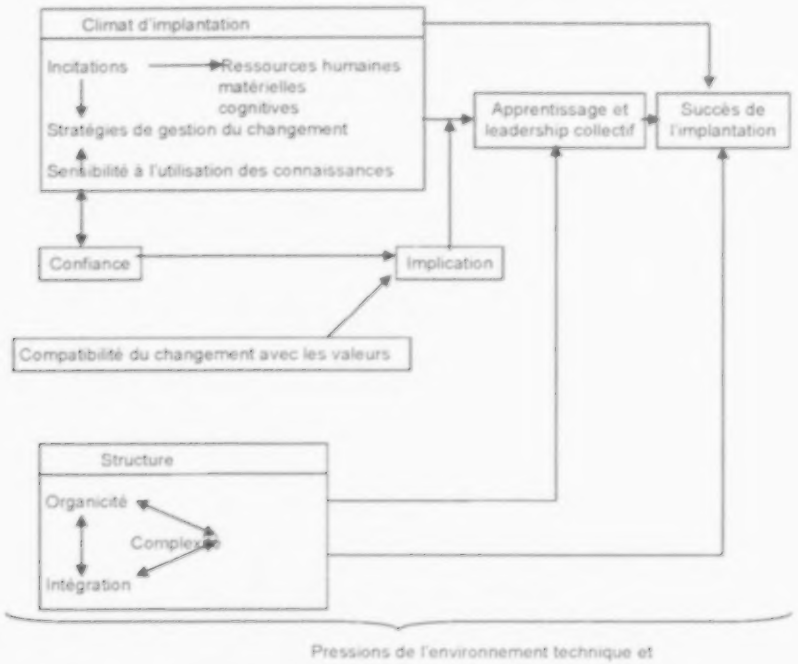
L'impression générale qui se dégage de la littérature scientifique est que le changement est un phénomène complexe, peu prévisible, qui requiert un large éventail d'agents et de pilotes du changement dont les rôles et l'implication peuvent varier dans le temps. Pour les organisations complexes, le fonctionnement en système complexe d'action et d'adaptation et l'apprentissage collectif à travers l'action et l'expérimentation semblent nettement augmenter la propension des organisations à implanter le changement. De plus, il est plausible qu'une série de facteurs liés à la préparation et à la programmation du changement, à la considération des aspects socio-cognitifs et émotifs, à la structure et à la dynamique politique influent aussi sur le succès de l'implantation.

À la Figure 5, nous avons illustré un ensemble de facteurs qu'il nous semble important de considérer dans la production de changement organisationnel.

Le succès de l'implantation du changement dépendra directement de la nature des processus d'apprentissage et de leadership collectif. Le climat d'implantation, la structure et l'environnement technique et institutionnel influeront sur les processus d'apprentissage et de leadership collectif et auront une incidence directe sur le succès de l'implantation. L'implication des acteurs concernés est une condition (facteur d'interaction synergistique) pour l'influence du climat sur l'apprentissage.

Par climat d'implantation, on entend l'ensemble des conditions, politiques et pratiques organisationnelles mobilisées pour l'implantation du changement (Klein et Sorra 1996). Ce climat comprend donc les ressources matérielles, humaines et cognitives considérées comme des conditions nécessaires au changement (Van de Ven et coll. 1999; Hage 1999). Le système d'incitation influe bien sûr sur la disponibilité des ressources et il doit aussi être vu comme un facteur important dans la dynamique de changement (Kerr 1995). Les stratégies de gestion du changement et, en particulier, l'adoption d'une attitude de valorisation du changement et

Figure 5
Facteurs à considérer pour la production du changement dans les organisations



Source : Inspiré de Klein et Sorra (1996), Hage (1999) et Van de Ven (1999)

du risque (Hage 1999), d'écoute (Nord et Tucker 1987), et de facilitation de l'apprentissage influent aussi sur la disponibilité des ressources et l'apprentissage collectif. La sensibilisation des décideurs à l'utilisation des connaissances scientifiques devrait être associée aux stratégies de gestion du changement et influencer l'apprentissage.

Trois caractéristiques fondamentales de la structure agissent de façon interreliée pour influencer l'apprentissage et, de façon directe, le succès de l'implantation : son organicité (Burns et Stalker 1961), sa complexité et son intégration (Shortell, Gillies et Devers 1995), et notamment son intégration normative (Contandriopoulos et coll. 2001; Mintzberg 1996).

Enfin, l'implication des différents acteurs concernés, condition nécessaire à l'effet du climat sur l'apprentissage (Klein et Sorra 1996), est influencée par la confiance qui règne au sein de l'organisation (Mechanic 1996; Korczynski 2000; Sabel 1991; Perrow 1992) et la compatibilité du changement avec les valeurs qui prévalent au sein de l'organisation (Klein et Sorra 1996).

Cette modélisation des facteurs à considérer pour la production du changement dans les organisations reflète notre synthèse de l'abondante documentation présentée dans cette étude. Elle nous semble utile pour la réflexion sur les principaux enjeux à considérer si l'on veut

surmonter les risques omniprésents d'échec dans la réforme inévitable des systèmes et des organisations de santé du Canada. Plus spécifiquement, cette modélisation nous permet de proposer que, pour améliorer la capacité de gérer le changement dans le système et les organisations de santé au Canada, il est essentiel à court terme de réaliser les objectifs suivants :

a) Pour réduire la prévalence des échecs de décision :

   3. Promouvoir auprès des décideurs et des gestionnaires du système et des organisations de santé une culture qui valorise tant l'expérimentation, le changement et le risque que l'obligation de rendre compte (cela suppose un changement important dans la conception de la responsabilité, un décideur responsable est celui qui voit dans l'erreur une possibilité d'apprentissage et non une faute *sanctionnable*).

   4. Promouvoir la valorisation de l'autonomie de pensée et de l'initiative des gestionnaires du système (pour cela, il faut que les gestionnaires acquièrent des capacités cognitives nouvelles leur permettant d'apprécier la complexité et d'adopter, par rapport à leur décision, une attitude réflexive).

   3 Porter une attention particulière aux systèmes d'incitation dans nos organisations publiques de santé (incitation à la fois économique et symbolique). Ces systèmes devraient, entre autres, permettre d'orienter les décideurs et les gestionnaires vers la performance à moyen et à long termes des systèmes et des organisations.

b) Pour réduire la fréquence des échecs d'implantation :

   4. Encourager et donner la priorité à l'établissement dans nos organisations de santé d'un climat de confiance et d'une saine implication des employés et des professionnels qui y œuvrent (de façon à ce qu'il y ait des espaces où l'expérimentation soit possible et légitime).

   5. Promouvoir la valorisation et la mise en œuvre de processus d'apprentissage individuels et collectifs.

   6. Encourager l'adoption de structures à la fois flexibles, fortement intégrées et complexes.

   7. Promouvoir une reconceptualisation du rôle du gestionnaire dans la gestion du changement : de contrôleur à facilitateur, d'acteur central à participant dans un processus collectif.

c) Pour réduire les échecs des théories de l'intervention :

   8. Encourager la valorisation de l'utilisation des connaissances scientifiques dans la décision, à tous les paliers de gestion du système et des organisations de santé (en portant une attention particulière à l'interdisciplinarité).

Notes

1. Cette taxonomie est similaire à celle de Demers (1999). Hage (1999) en voit quatre, March (1981) six, de même que Scheirer (1981), mais différentes de celles de March.

2. March (1981) parle ici de deux modèles (*rule following* et *problem solving*), en distinguant l'aspect planification de l'aspect respect des procédures. La plupart des autres auteurs combinent ces deux aspects, en pratique fort interreliés.

3. 4 janvier 1997 p. 575; 22 juin 2000, p. 19; 9 mars 2001, p. 65

4. Voir Barcil et Savoie (1999) pour une description détaillée de ces modèles.

5. Le modèle « guru » le plus intéressant est peut-être celui de John P. Kotter (1995, 1996), qui propose un processus d'implantation du changement dont les huit étapes recoupent bon nombre de ces idées.

6. Il peut aussi s'agir de situations où on n'a pas le choix, où il n'existe aucune autre intervention dont l'efficacité potentielle connue serait plus grande.

Bibliographie

Abrahamson, E. 2000. Change Without Pain, *Harvard Business Review* juillet-août, 75-79.

Academy of Management Review. 2000. *Special Topic Forum on Change* 25(4).

Alexander, J.A. et T.A. D'Aunno. 1990. Transformation of Institutional Environments : Perspectives on the Corporatization of US Health Care, dans *Innovations in Health Care Delivery : Insights for Organization Theory*, sous la direction de S.S. Mick et coll. San Francisco, Jossey-Bass Pub., p. 53-85

Allaire, Y. et M. Firsirotu. 1985. How to Implement Radical Strategies in Large Organizations, *Sloan Management Review* 26.

Allison, G. 1971. *Essence of Decision*. Boston, Little Brown and Compagny.

Anderson A. et D.P. Ashmos. 1992. Nurses' participation in strategic decision making, dans *Practice and Inquiry for Nursing Administration*, sous la direction de B. Henry. Kansas City : American Academy of Nursing

Anderson R.A. et R.R. McDaniel. 2000. Managing health care organizations : Where professionalism meets complexity science, *Health Care Management Review* 25(1), 83-92.

Anderson, P. 1999. Complexity Theory and Organization Science, *Organization Science* 10(3), 216-232.

Appleby, P. 1978. Government if Different, dans *Classics of Public Administration*, sous la direction de J.M. Shafritz et A.C. Hyde. Oak Park, IL, Moore.

Argyris, C. et D. Schön. 1978. *Organizational Learning*. Addison-Wesley.

Argyris, C., R. Putnam et D. McLain-Smith. 1985. *Action Science*. San Francisco, Jossey-Bass Pub.

Argyris, C. 1982. Creating Long-term Organizational Change, dans *Change in Organizations*, sous la direction de P.S. Goodman. San Francisco, Jossey-Bass Pub., p. 47-86.

——. 1984. How Learning and Reasoning Processes Affect Organizational Change, dans *Change in Organizations : New Perspectives on Theory, Research, and Practice*, sous la direction de P.S. Goodman et coll. San Francisco, Jossey-Bass.

——. 1985a. Dealing with Threat and Defensiveness, dans *Organizational Strategy and Change*, sous la direction de J.M. Pinnings et coll. San Francisco, Jossey-Bass Pub., p. 412-430.

——. 1985b. *Strategy, Change and Defensive Routines*. Boston, Pitman.

——. 1987. Review Essay : First- and Second-Order Errors in Managing Strategic Change : The Role of Organizational Defensive Routines, dans *The Management of Strategic Change*, sous la direction de A. Pettigrew. Oxford, Basil Blackwell.

Ashmos D.P., D. Duchon et R.R. McDaniel. 2000. Physicians and decisions : A simple rule for increasing connections in hospitals, *Health Care Management Review* 25(1), 109-115.

Ashmos D.P., J.W. Huonker et R.R. McDaniel 1998. Participation as a complicating mechanism : The effect of clinical professional and middle manager participation on hospital performance, *Health Care Management Review* 23(4), 7-20.

Bareil, C. et A. Savoie. 1999. Comprendre et mieux gérer les individus en situation de changement organisationnel, *Gestion* 24(3), 86-94.

Barley, S.R. 1986. Technology as an Ocasion for Structuring : Evidence from Observations of Scanners and the Social Order of Radiology Department, *Administrative Science Quarterly* 31, 462-469.

Bashein, B.J., M.L. Markus et P. Riley. 1994. Preconditions for Business Process Reengineering Success, *Information Systems Management* 11(2), 7-13.

Baum, J. 1996. Organizational Ecology, dans *Handbook of Organization Studies*, sous la direction de C. Clegg, W. Nord Hardy. London, Sage.

Beckhard, R. 1969. *Organizational Development : Strategies and Models*. Reading, MA, Addison-Wesley.

Bennis, W. 1966. *Changing Organizations*. New York, McGraw Hill.

Benson, J.K. 1983. A Dialectical Method for the Study of Organizations, dans *Beyond Method*, sous la direction de G. Morgan. Beverly Hills, Sage, p. 331-346.

Berman, P. 1980. Thinking about Programmed and Adaptive Implementation : *Matching Strategies to Situations*, dans Why Policies Succeed and Fail, sous la direction de D. Mann et H. Ingram. Beverly Hills, Sage.

Blair J.D. et M.D. Fottler. 1990. *Challenges in Health Care Management : Strategic Perspectives for Managing Key Stakeholders*. San Francisco: Jossey-Bass.

Braybrooke, D. et C.E. Lindblom. 1963. *A Strategy of Decision*. The Free Press, 268 pages.

Bridges, W. 1991. *Managing Transitions : Making the Most of Change*. Addison-Wesley.

Brint S. et J. Karabel. 1991. Institutional Origins and Transformations : The Case of American Community Colleges, dans *The New Institutionalism in Organizational Analyse*, sous la direction de W.W. Powell et P.J. DiMaggio. Chicago, University of Chicago Press, p. 337-360

Brousselle, A., J.L. Denis et A. Langley. 1999. *Que savons-nous des fusions d'hôpitaux ?*. Document de référence, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.

Burns, T. et G. Stalker. 1961. *The Management of Innovation*. London, Tavistock Pub.

Carnall, C.A. 1986. Toward a Theory for the Evaluation of Organizational Change, *Human Relations* 39(3), 745-766.

Carson, P.P., P.A. Lanier, K.D. Carson et B.N Guidry. 2000. Clearing a Path Through the Management Fashion Jungle : Some Preliminary Trailblazing, *Academy of Management Journal* 43(6), 1143-1158.

Cascio, W.F. 1995. Whither Industrial and Organizational Psychology in a Changing World of Work?, *American Psychologist* novembre, 928-939.

Castonguay. 1971. Gouvernement du Québec. *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux*. Québec.

Champagne F., J.L. Denis, R. Pineault et A.P. Contandriopoulos. 1991. Structural and Political Models of Analysis of the Introduction of an Innovation in Organizations: The Case of the Change in the Method of Payment of Physicians in Long Term Care Hospitals, *Health Services Management Research* 4(2),94-111

Christensen, C.M., R. Bohmer et J. Kenagy. 2000. Will Disruptive Innovations Cure Health Care?, *Harvard Business Review*, septembre-octobre, 102-112.

Coch, L. et J.R.P. French. 1947. Overcoming Resistance to Change, *Human Relations* 1, 512-532.

Cohen, H. 1998. The Performance Paradox. *Academy of Management Executive* 12(3), 30-40.

Cohen, W. et D. Levinthal. 1990. Absorptive Capacity : A New Perspective on Learning and Innovation, *Administrative Science Quarterly* 35, 128-152.

Collerette, P., G. Delisle et R. Perron. 1997. *Le changement organisationnel : théorie et pratique*. Québec, Presses de l'Université du Québec.

Collins, D. 1998. *Organizational Change : Sociological Perspectives*. London, Routledge

Courpasson D. 1998. Le changement est un outil politique, *Revue Française de Gestion*, septembre-octobre (120), 6-16.

Contandriopoulos, A.P., J.L. Denis, N. Touati et R. Rodriguez. 2001. Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre. *RUPTURES – Revue transdisciplinaire en santé* 8(2), 38-52.

Crozier, M. 1963. *Le phénomène bureaucratique*. Paris, Éditions du Seuil.

Crozier, M. et E. Friedberg.1967. *L'acteur et le système*. Paris, Éditions du Seuil.

Damanpour, F. 1987. *Innovation Type, Radicalness and Adoption Process : A Conceptual Framework for the Study of Organizational Innovations*, Academy of Management, Annual Meeting, New Orleans.

——. 1988. Innovation Type, Radicalness and the Adoption Process, *Commun Res* 15, 545-567.

——. 1989. *The Relationship Between Organizational Size and Innovation*. Paper presented at the Annual meeting of the Academy of Management. Washington, DC.

——. 1991. Organizational Innovation : A Meta-analysis of Effects of Determinants and Moderators, *Academy of Management Journal* 34(3), 555-590.

Deber, R.B. et P. Leatt. 1986. *Technology Acquisition in Ontario Hospitals : You Can Lead a Hospital to Policy, but Can You Make it Stick*? Proceedings of the Third Canadian Conference on Health Economics, sous la direction de J.M. Horne, Winnipeg, p. 259-277.

Demers, C. 1999. De la gestion du changement à la capacité de changer. L'évolution de la recherche sur le changement organisationnels de 1945 à aujourd'hui, *Gestion* 24(3), 131-139.

Denis, J.L. et F.Champagne. 1990. Pour comprendre le changement dans les organisations, *Gestion* février, 44-55.

DiMaggio, P. et W.W. Powell. 1983. Institutional Isomorphism : The Iron Case, *American Sociological Review* 48, 147-160.

Dyer, W.G. et R.A. Page. 1988. The Politics of Innovation, *Knowledge in Society* 1(2), 23-41.

Eddy W.B. et R.J. Saunders. 1972. Applied Behavioral Science in Urban/Administrative Political Systems, *Public Administration Review* 30, 11-16.

Eldredge, N. et S.J. Gould. 1972. Punctuated Equilibria : An alternative to Phyletic Gradualism, dans *Models in Paleobiology*, sous la direction de T.J.M. Schopf. San Francisco, Freeman Looper, p. 82-115.

Elmore, R.F. 1978. Organizational Models of Social Program Implementation, *Public Policy* 26(2), 185-228.

Fiol, C.M. 1994. Consensus, Diversity, and Learning in Organizations, *Organization Science* 5, 403-420.

——. 1996. Squeezing Harder Doesn't Always Work : Continuing the Search for Consistency in Innovation Research, *Academy of Management Review* 21(4), 1012-1021.

Fishbein, M. et I. Ajzen. 1975. *Belief, Attitude, Intention and Behavior : An Introduction to Theory and Research*. Reading, MA, Addison-Wesley.

Fligstein, N. 1991. The Structural Transformation of American Industry: An Institutional Account of the Causes of Diversification in the Largest Firms, 1919-1979, dans *The New Institutionalism in Organizational Analyse*, sous la direction de W.W. Powell et P.J. DiMaggio. Chicago, University of Chicago Press, p. 331-336.

French, W.L., C.H. Bell et R.A. Zawacki. 1978. *Organization Development: Theory, Practice and Research*, sous la direction de W.L. French, C.H. Bell et R.A. Zawacki. Dallas, Business Pub.

Friedberg, E. 1993. *Le pouvoir et la règle*. Paris, Éditions du Seuil.

Fullan, M. 1972. Overview of the Innovative Process and the Uses, *Interchange* (2-3), 1-46.

Geis, G.T. 1985. Risk Taking, Innovation and Organizational Environments, dans *Frontiers in Creative and Innovative Management*, sous la direction de R.L. Kuhn. Cambridge, Ballinger Pub Co., p. 157-161.

Gersick C. 1991. Revolutionary Change Theories : A Multilevel Exploration of the Punctuated Equilibrium Paradigm, *Academy of Management Review* 16, 10-36.

Gestion automne. 1999. *Numéro thématique sur le changement* 24(3).

Giblin, E.J. 1976. Organization Development : Public Sector Theory and Practices, *Public Personnel Management* 2, 108-119.

Gleick, J. 1987. *Chaos : Making a New Science*. New York, Penguin Books.

Golembiewski, R.T., C.W. Proehl Jr. et D. Sink. 1981. Success of OD Applications in the Public Sector : Toting up the Score for a Decade, More or Less, *Public Administration Review* 41, 679-682.

——. 1982. Estimating success of OD applications. *Training and Development Journal* 72,86-95.

Goodman, P.S. et L.B. Kurke, 1982. Studies of Change in Organizations : A Status Report, dans *Change in Organizations*, sous la direction de P.S. Goodman et coll. San Francisco, Jossey-Bass Pub., p. 1-46.

Granovetter M.S. 1973. The strength of weak ties, *American Journal of Sociology* 82, 929-964.

Gray, B. et S.S. Aris. 1985. Politics and Strategic Change Across Organizational Life Cycle, *Academy of Management Review* 10(4), 707-723.

Greenwood, R. et C.R. Hinings,. 1988. Design Archetypes, Tracks and the Dynamics of Strategic Change, *Organization Studies* 9, 293-316.

——. 1996. Understanding Radical Organizational Change : Bringing Together the Old and the New Institutionalism, *Academy of Management Review* 21(4), 1022-1054.

Grossman, J.B. 1970. The Supreme Court and Social Change : A Preliminary Inquiry, *American Behavioral Scientist* 13, 535-551.

Guilhon, A. 1998. Le changement organisationnel est un apprentissage, *Revue française de gestion* septembre-octobre (120), 98-107.

Hafsi, T. 1995. Pour survivre... Résistez à la tentation des grands changements!, *Gestion*, 20(4), 16-17.

Hage, J. 1980. *Theories of Organizations : Form, Process, and Transformation*. New York, Wiley.

——. 1985. Responding to Technological and Competite Change : Organizational and Industry Factors, dans *Managing Technological Innovation*, sous la direction de DD Davis and coll. San Francisco, Jossey-Bass Pub, p. 44-71.

Hage, J.T. 1999. Organizational Innovation and Organizational Change, *Annual Review of Sociology* 25, 597-622.

Hage, J. et M. Aiken. 1970. *Social Change in Complex Organizations*. Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall.

Hall. 1964. *Rapport de la Commission royale d'enquête sur les services de santé, vol. I.* Ottawa, Imprimeur de la Reine.

Hall, G., J. Rosenthal et J. Wade. 1993. How to make reengineering really work. *Harvard Business Review*, novembre-décembre, 109-111.

Hall G.E., A.A. George et W.L. Rutterford. 1986. *Measuring Stages of Concern about the Innovation: A Manual for Use of the SoC Questionnaire*. (Report no 30332). Research and Development Centre for Teacher Education, University of Texas (ERIC Document Reproduction Service no ED 147 342).

Hamel, G. 2001. Revolution v. Evolution : You Need Both, *Harvard Business Review* 79(5), 150-152.

Hannan, M. et J. Freeman. 1984. Structural Inertia and Organizational Change, *American Sociological Review* 49, 149-164.

Harrison, S. 1985. Perspectives on Implementation, dans *Health Services Performance*, sous la direction de A.F. Long et S. Harrison. London, Croom Helm, p. 105-125.

Harvey, E. et R. Mills. 1970. Patterns of Organizational Adaptation : A Political Perspective, dans *Power in Organizations*, sous la direction de M.N. Zlad. Nashville, Vaderbilt University Press.

Hasenfeld, Y. 1980. Implementation of Change in Human Service Organizations : A Political Economy Perspective, *Social Service Review* 54, 508-520.

Hastings, J.E.F. 1972. *Le centre de soins communautaire au Canada : Rapport de l'étude sur les Centres de soins communautaires présenté aux ministres de la santé*. Ottawa, Information Canada.

Herman-Taylor, R.J. 1985. Finding new Ways of Overcoming Resistance to Change, dans *Organizational Strategy and Change*, sous la direction de J.M. Pennings et coll. San Francisco, Jossey-Bass Pub, p. 383-411.

Hilmer, F. et L. Donaldson. 1996. *Management Redeemed*. New York, The Free Press.

Huber, G.P. 1991. Organizational Learning : An examination of the Contributing Processes and the Literatures, *Organization Science* 2, 88-115.

Jacob, R. et R. Ducharme. 1995. *Changement technologique et gestion des ressources humaines*, Montréal, Gaëtan Morin.

Jarrar, Y.F. et E.M. Aspinwall. 1999. Business process r-engineering : learning from organisational experience. *Total Quality Management* 10(2), 173-186.

Jelinek, M, J.A. Litterer et R.E. Miles. 1986. Introduction to Organizations and their Design, dans *Organizations by Design : Theory and Practice*, deuxième édition, sous la direction de M. Jelinek, J.A. Litterer et R.E. Miles. Plano, Texas, Business Publications Inc, p. 1-18.

Jelinek, M. 1986. Organization Structure : The Basic Conformations, dans *Organizations by Design : Theory and Practice*, deuxième édition, sous la direction de M. Jelinek, J.A. Litterer et R.E. Miles. Plano, Texas, Business Publications Inc., p. 125-139.

Katz, D. et R.L. Kahn. 1966. *The Social Psychology of Organizations*. New York, John Wiley.

Katzell, R.A. et R.A. Guzzo. 1983. Psychological approaches to productivity improvement. *American Psychologist* 38(4), 468-472.

Kerr, S. 1995. An Academy Classic : On the Folly of Rewarding A, While Hoping for B, Academy of Management Executive 9(1), 7-16.

Kets de Vries, M.F.R. et D. Miller. 1985. *L'entreprise névrosée*. McGraw-Hill, 1985.

Kim, L. 1980. Organizational Innovation and Structure, *Journal of Business Research* 8, 225-245.

Kimberley, J.R. et M. Evanisko. 1981. Organizational Innovation : The Influences of Individual, Organizational, and Contextual Factors on Hospital Adoption of Technological and Administrative Innovations, *Academy of Management Journal* 24, 689-713.

Kirkpatrick, D.K. 1986. *How to Manage Change Effectively*, San Francisco, Jossey-Bass Pub.

Klein, K.J. et J.S. Sorra. 1996. The Challenge of Innovation Implementation, *Academy of Management Review* 21(4), 1055-1080.

Korczynski, M. 2000. The Political Economy of Trust, *Journal of Management Studies* 37(1), 1-21.

Kotter, J.P. et L.A. Schlesinger. 1979. Choosing Strategies for Change, *Harvard Business Review* 57, 106-114.

Kotter, J.P. 1995. Leading Change : Why Transformation Efforts Fail, *Harvard Business Review*, mars-avril, 59-67.

Kotter, J.P. 1996. *Leading Change*. Harvard Business School Press.

Kunkel, J.H. 1975. *Behavior, Social Problems and Change : A Social Learning Approach*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall.

Lawrence, P. et J. Lorsch. 1967. *Organization and Environments*. Boston, MA, Harvard Business School.

Lewin, K. 1952. *Field Theory in Social Science*. Harper.

Lichtenstein, B.B. 2000. Self-organized Transitions : A Pattern Amid the Chaos of Transformative Change, *Academy of Management Executive* 14(4), 128-141.

Lindblom, C.E. 1959. Historical Traditions and National Characteristics : A Comparative Analysis of Canada and the United States, *Canadian Journal of Sociology* 11, 113-155.

Lippitt, G. 1982. *Organization Renewal : A Holistic Approach to Organization Development*, Englewood Clifss, NJ, Prentice Hall, 2e édition.

Majone, G. et A.Wildavsky. 1978. Implementation as Evolution, *Policies Studies Review Annual* 2, 103-117.

March J.G. 1962. The Business Firm as a Political Coalition, *Journal of Politics* 24, 662-678.

——. 1981. Footnotes to Organizational Change, *Administrative Science Quarterly* 26, 563-577.

Marks, M.L. et P.H. Mirvis. 2001. Making Mergers and Acquisitions Work : Strategic and Psychological Preparation, *Academy of Management Executive* 15(2), 80-94.

Maruyama, M. 1968. Mutual Causality in General Systems, dans *Positive Feedback*, sous la direction de J.H. Milsum. New York, Pergamon Press.

Mazza, C. et J.L. Alvarez. 2000. Haute Couture et Prêt-à-Porter : The Popular Press and the Diffusion of Management Practices, *Organization Studies* 21(3), 567-588.

McDaniel R.R. et D. Ashmos. 1986. Strategic directions within health care institutions: The role of the physician, *Journal of the National Medical Association* 78, 633-641.

McDaniel R.R. 1997. Strategic leadership : A view from quantum and chaos theories, *Health Care Management Review* 22(1), 21-37.

McKee, M. et J. Healy. 2002. *Hospitals in a Changing Europe*. World Health Organization, Regional Office for Europe.

Mechanic, D. 1996. Changing Medical Organization and the Erosion of Trust, *The Milbank Quarterly* 74(2), 171-189.

Meyer, J.W. et B. Rowan. 1977. Institutionalized Organizations : Formal Structure as Myth and Ceremony ?, *American Journal of Sociology* 83(2), 340-363.

Miller D. et P.H. Friesen. 1984. *Organisations : A Quantum View*. Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall.

Miller, D., R. Greenwood et B. Hinings. 1999. Miser sur le chaos créateur ou évoluer dans la continuité. Le schisme entre les perspectives normative et universitaire du changement organisationnel, *Gestion* 24(3), 158-164. Version anglaise : «Creating Cahos versus Munificent Momentum», *Journal of Management Inquiry* 6(1), 71-78.

Miller, D. 1983. The Correlates of Entrepreneurship in Three Types of Firms, *Management Science* 29(7), 771-791.

Mintzberg, H. 1979. *Structuring of Organizations*. Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall.

——. 1989. Society has Become Unmanageable as a Result of Management, dans *Mintzberg on Management : Inside our Strange World of Organizations*. New York Free Press.

——. 1996. Managing Government Governing Management, *Harvard Business Review*, mai-juin, 75-83.

Mintzberg, H., B. Ahlstrand et J. Lambpel. 1998. *Strategy Safari : A Guided Tour Through the Wilds of Strategic Management*. Toronto, The Free Press.

——. 1999. Transformer l'entreprise, *Gestion* 24(3), 122-130.

Moos, N. 1983. An Organization Environment Framework for Assessing Program Implementation, *Evaluation and Program Planning* 6, 153-164.

Morgan, G. 1986. *Image of Organization*. Beverly Hills, Sage.

Nadler, D.A. et M.B. Nadler. 1998. *Champions of Change : How CEOs and Their Companies Are Mastering the Skills of Radical Change*. San Francisco. Jossey-Bass Pub.

Nonaka, I. 1994. A Dynamic Theory of Organizational Knowledge Creation, *Organization Science* 5.

Nord, W.R. et S. Tucker. 1987. *Implementing Routine and Radical Innovations*. Lexington, Lexington Books.

Normann R. 1971. Organizational Innovativeness Product Variation and Reorientation, *Administrative Science Quarterly* 16, 203-215.

Nutt, P.C. 1986. The Tactics of Implementation, *Academy of Management Journal* 29(2), 230-261.

——. 1999. Surprising but True : Half the Decisions in Organizations Fail, *Academy of Management Executive* 13(4), 75-90.

——. 2000. Decision-making Success in Public, Privante and Third Sector Organizations : Finding Sector Dependent Best Practice, *Journal of Management Studies*, 37(1), 77-108.

Park, S.J. 1991. Estimating Success Rates of Quality Circle Programs : Public and Private Experiences, *Public Administration Quarterly* 15, 133-146.

Peirce J.C. 2000. The paradox of physicians and administrators in health care organizations, *Health Care Management Review* 25(1), 7-28.

Perlman, D. et G.J. Takacs. 1990. The 10 Stages of Change, *Nursing Management* 21(4), 33-38.

Perrow, C. 1992. Small-Firm Networks, dans *Networks and Organizations : Structure, Form, and Action*, sous la direction de N Nohria et RG Eccles. Boston, MA, Havard Business School Press.

Peters, T.J. et R.H. Waterman Jr. 1982. *In Search of Excellence*. New York, Harper & Row Pub.

Pettigrew, A.M. 1975. Towards a Political Theory of Organization Intervention, *Human Relations* 28, 192-208.

——. 1977. Strategy Formulation as a Political Process, *International Studies of Management and Organization* 7, 78-87.

——. 1985. Examining Change in Long-term Context of Culture and Politics, dans *Organizational Strategy and Change*, sous la direction de J.M. Pennings et coll. San Francisco, Jossey-Bass Pub, p. 269-318.

Pfeffer, J. 1981. *Power in Organizations*. Boston, MA, Pitman.

Pfeffer, J. et G. Salancik. 1974. Organizational Decision Making as a Political Process : The Case of University Budget, *Administrative Science Quarterly* 19, 135-151.

——. 1978. *The External Control of Organizations*. New York, Harper & Row.

Pfeffer, J. et R.I. Sutton. 1999. Knowing « What » to Do Is Not Enough : Turning Knowledge into Action, *California Management Review* 42(1), 83-108.

Pierce, J.L. et A.L. Delbecq. 1977. Organization Structure, Individual Attitudes and Innovation, *Academy of Management Review* 2, 27-36.

Porras, J. et P. Berg. 1978. The impact of organisation development. *Academy of Management Review* 3, 249-266.

Porras, J. et P. Robertson. 1992. Organisation development, dans *Handbook of Industrial and Organisational Psychology*, sous la direction de M. Dunnette et L. Hough. Consulting Psychologists Press. 3:719-822.

Powell, W.W. et P. DiMaggio. 1991. *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. Chicago, University of Chicago Press.

Québec. 1988. *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux* (Commission Rochon).

Ramaprasad A. 1982. Revolutionary Change and Strategic Management, *Behavioral Science* 27, 387-392.

Revue Française de Gestion. 1998. *Les organisations face au changement*. Numéro spécial, septembre-octobre.

Robertson, P.J. et S.J. Seneviratne. 1995. Outcomes of Planned Organizational Change in the Public Sector : A Meta-Analytic Comparison to the Private Sector, *Public Administration Review* 55(6), 547-558.

Robey, D. 1984. Conflicts Models for Implementation Research, dans Management Science Implementation, sous la direction de R.I. Schultz et M.J. Ginzberg. Greenwich

Rodrigues, S.B. et D.H. Hickson. 1995. Success in Decision-Making : Different Organizations, Different Reasons for Success, *Journal of Management Studies* 32(5), 655-678.

Ruef, M. et R.W. Scott. 1998. A Multi-Dimensional Model of Organizational Legitimacy : Hospital Survival in Changing Institutional Environments, *Administrative Science Quarterly* 43, 877-904.

Sabel, C. 1991. Moebius-Strip Organizations and Open Labor Markets : Some Consequences of the Reintegration of Conception and Execution in a Volatile Economy, dans *Social Theory for A Changing Society*, sous la direction de J. Coleman et P. Bourdieu. Boulder, CO, Westview Press.

Schein, E.H. 1969. *Process Consultation*. Reading, Addison-Wesley.

——. 1980. *Organizational Psychology*, 3e édition. Prentice-Hall.

Scheirer, M.A. 1981. *Program Implementation : The Organizational Context*. Beverly Hills, CA, Sage.

Schwenk, G. 1990. Conflict in Organizational Decision-Making : An Exploratory Study of its Effects in For-Profit and Not-for-Profit Organizations, *Management Science* 26(4), 436-448.

Scott W.R., M. Ruef, P.J. Mendel et C.A. Carona. 2000. *Institutional Change and Health Care Organizations : From Professional Dominance to Managed Care*. Chicago, The University of Chicago Press.

Scott, C.D et D.T. Jaffe. 1992. *Maîtriser les changement dans l'entreprise*. Agence d'ARC.

Scott, R.W. 1981. *Organizations : Rational Natural and Open System*. Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall.

——. 1987. The Adolescence of Institutional Theory, *Administrative Science Quarterly* 32, 493-511.

Séguin, F. et J.F. Chanlat. 1983. *L'analyse des organisations, Tome 1 Les théories de l'organisation*. Montréal, Gaëtan Morin.

Shortell S.M., E.M. Morrison et B. Friedman. 1990. *Strategic Choices for America's Hospitals*. San Francisco: Jossey-Bass.

Shortell, S., R.R. Gillies et K.J. Devers. 1995. Reinventing the American Hospital. The Milbank Quarterly 73(2), 131-161.

Shortell, S. 1983. *Organization Theory and Health Services Delivery*. American Public Health Association Annual Meeting. Dallas, Texas 16 novembre.

Simon H.A. 1945. *Administrative Behaviour*, 2e édition. New York : Free Press.

——. 1996. *The Sciences of the Artificial*, 3e édition. Cambridge, MA, MIT Press.

Singh et coll. 1986. Organizational Change and Organizational Mortality, *Administrative Science Quarterly* 31, 587-611.

Stacey R.D. 1996. The science of complexity : An alternative perspective for strategic change processes. *Strategic Management Journal* 16, 477-495.

Strebel P. 1996. Why Do Employees Resist Change? *Harvard Business Review*, mai-juin, 86-92.

Tamblyn et coll. 2001. Adverse Events Associated With Prescription Drug Cost-Sharing Among Poor and Elderly Persons, *Journal of the American Medical Association* 285(4), 421-429.

The Economist. 1997a. *Instant Coffee as Management Theory*, 25 janvier.

——. 1997b. *Why Too Many Mergers Miss the Mark?* 4 janvier.

Thompson, V.A. 1965. Bureaucracy and Innovation, *Administrative Science Quarterly* 10, 1-20.

Tushman, M.L et E. Romanelli. 1985. Organizational Evolution : A Metamorphosis Model of Convergence and Reorientation, dans *Research in Organizational Behavior*, sous la direction de L.L. Cummings et de B.M. Staw. Greenwich, CT, JAI Press. 7, p. 171-222.

Van de Ven, A.H., D.E. Polley, R. Garud et S. Venkataraman. 1999. *The Innovation Journey*. New York, Oxford University Press.

Waldrop, M.M. 1992. *Complexity*. Simon & Schuster, 380 pages.

Weiss, C. 1972. *Evaluation Research*. Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall.

Whitley R .1988. The Management Sciences and Managerial Skills, *Organization Studies* 9(1), 47-68.

Wellins, R.S. et Murphy, J.S. 1995. Reengineering : Plug into the Human Factors, *Training & Development* 49(1), 33-37.

Wilson, I.Q. 1966. Innovation in Organization: Notes Toward a Theory, dans *Approaches to Organization Design*, sous la direction de J.D. Thompson. University of Pittsburg Press, p. 194-216.

Wolfe, R.A. 1994. Organizational Innovation : Review, Critique and Suggested Research Directions, *Journal of Management Studies* 31(3), 405-431.

Yin, R.K. 1981. Life Histories of Innovations : How New Practices Become Routinized, *Public Administration Review* 41, 21-28.

Zaltman, G.R. Duncan et J. Holbeck. 1973. *Innovation and Organizations*. New York, Wiley.

Zammato, R. et E. O'Connor. 1992. Gaining Advanced Manufacturing Technologies Benefits : The role of Organizational Design and Culture, *Academy of Management Review* 17, 701-728.

Zbaracki, M. 1998. The Rhetoric and Reality of Total Quality Management, *Administrative Science Quarterly* 43, 602-636.